

**INLICHTINGEN VOOR HET AFSLUITEN VAN EEN OVEREENKOMST  
BETREFFENDE LANGDURIGE ZUURSTOF THERAPIE THUIS  
VOOR ERNSTIGE CHRONISCHE ADEMHALINGSINSUFFICIËNTIE.**

**NAAM EN ADRES VAN HET ZIEKENHUIS DAT DE OVEREENKOMST WENST AF TE SLUITEN:**

**MEDISCH TEAM VAN HET ZIEKENHUIS**

| <b>GENEESHE(E)R(EN) gespecialiseerd in de pneumologie (cf. artikel 5, § 2.)</b> |                     |
|---|---------------------|
| <b>Stempel met minstens naam, voornaam en RIZIV-inschrijvingsnummer</b>         | <b>Handtekening</b> |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |
|   |                     |

**Wenst uw ziekenhuis ook kinderen (jonger dan 16 jaar) met langdurige zuurstoftherapie thuis te behandelen?**

**Ja**              
**Nee**

Indien ja: vermeld hieronder de gegevens van de pediat(er) gespecialiseerd in de pneumologie en voeg in bijlage het curriculum vitae bij van iedere vermelde pediat(er) teneinde diens specialisatie in pneumologie aan te tonen:

| PEDIATER(S) gespecialiseerd in de pneumologie (cf. Art.5, § 2.)  |              |
|--|--------------|
| stempel met minstens naam, voornaam en RIZIV-inschrijvingsnummer | Handtekening |
|  |              |
|  |              |

### UITRUSTING, DIENSTEN, ORGANISATORISCHE MAATREGELEN

Beschikt het ziekenhuis zelf over de nodige uitrusting voor het uitvoeren van al de volgende onderzoeken: spirometrie, meten van de diffusiecapaciteit, studie van de ventilatiemechaniek, bepalen van de bloedgaswaarden, transcutaan meten en monitoren van de zuurstofsaturatie (cf. artikel 5, § 3.)

Ja              
Nee          

Beschikt het ziekenhuis zelf (cf. artikel 5, § 4.)

- |  |   |
|--|---|
| - over de mogelijkheid tot reanimatie door gecontroleerde of geassisteerde continue beademing. | Ja <input type="radio"/><br>Nee <input type="radio"/> |
| - over de mogelijkheid tot meten van de longslagaderdruk door hartcatheterisme.                | Ja <input type="radio"/><br>Nee <input type="radio"/> |

Kan het ziekenhuis (eventueel via zijn urgentiedienst) 24 uur op 24, 7 dagen op 7, een geneesheer-specialist zoals bedoeld in § 2 van artikel 5 (*geneesheer-specialist in de pneumologie voor volwassen patiënten, pediat(er) gespecialiseerd in pneumologie voor kinderen jonger dan 16 jaar*) raadplegen?

Ja              
Nee          

Werden de nodige maatregelen genomen om, indien zich een technisch incident (panne van het materiaal) voordoet, het verder zetten van de zuurstoftherapie binnen de 3 uren na de melding van het incident te garanderen?

Ja              
Nee          

Werden binnen het ziekenhuis de nodige afspraken gemaakt tussen de betrokken diensten (pneumologie, eventueel pediatrie, ziekenhuisapotheek)?

Ja              
Nee

**Hoe zal het ziekenhuis de langdurige zuurstoftherapie thuis organiseren** (*in eigen beheer of via samenwerking met een gespecialiseerde medico-technische dienstverlener; welke onderdelen van de langdurige zuurstoftherapie zullen worden uitbesteed en voor welke onderdelen zal het ziekenhuis zelf instaan, cf. artikel 6 § 1*)?

**RAMING VAN HET AANTAL PATIENTEN DAT MET LANGDURIGE ZUURSTOF THERAPIE THUIS ZAL WORDEN BEHANDELD**

**Volgt uw ziekenhuis momenteel reeds patiënten op die voor langdurige zuurstoftherapie thuis in aanmerking komen? Hoeveel? Worden deze patiënten momenteel reeds met zuurstoftherapie behandeld? Gebeurt dit via de korte-termijn-regeling of zijn deze patiënten doorverwezen naar andere ziekenhuizen voor een behandeling met langdurige zuurstoftherapie thuis? Voor welke vormen van zuurstoftherapie thuis zouden deze patiënten in aanmerking komen?**

**MOTIVATIE VAN HET ZIEKENHUIS OM EEN OVEREENKOMST INZAKE LANGDURIGE ZUUR-  
STOF THERAPIE THUIS AF TE SLUITEN**

**GEGEVENS VAN DE VERANTWOORDELIJEN VAN HET ZIEKENHUIS DIE UIT NAAM VAN DE INRICHTENDE MACHT VAN HET ZIEKENHUIS DE OVEREENKOMST ZULLEN ONDERTEKENEN**

*(naam, voornaam, en functie ; de overeenkomst dient normaliter minstens te worden ondertekend door een gemachtigde namens de inrichtende macht, de hoofdgeneesheer, en één voorschrijvende geneesheer-specialist in de pneumologie)*

**Ondergetekende(n) verklaren hierbij dat de vermelde gegevens in deze aanvraag correct zijn.**

*(naam, voornaam, functie en handtekening van de ondertekenaars van deze aanvraag)*