**FORMULIER L-Form-II-01**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de implantaten die de verankering van een externe prothese toelaten**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

* Te versturen naar: RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging

Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen

Tervurenlaan 211

1150 Brussel

***Identificatie van de verplegingsinrichting:***

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

***Identificatie van de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

***Identificatie en samenstelling van het multidisciplinaire team van de implanterende verplegingsinrichting:***

De vergoedingsvoorwaarde L-§29 van de lijst voorziet minstens volgende samenstelling:

* 1 orthopedisch chirurg
* 1 geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie
* 1 psychiater of psycholoog
* 1 kinesitherapeut
* 1 ergotherapeut
* 1 dermatoloog
* 1 geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met bijzondere ervaring in de klinische infectiologie
* 1 orthopedist-prothesist

Gelieve tabel 1 in te vullen

Het bewijs van expertise moet in bijlage bijgevoegd worden.

**Identificatie van de ziekenhuisapotheker**

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

**Administratie (Contactpersonen in geval van eventuele administratieve vragen):**

* Eerste contactpersoon :

Naam:………………………………………………………………………….……….………

E-mailadres:………………………………………………………………………..................

Tel.:………………………………………………………Fax………………………….……..

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):………………………………………………..……

* Tweede contactpersoon:

Naam:……………………………………………………………………………………….

E-mailadres:…………………………………………………………………….................

Tel.:………………………………………………………Fax………………………..…..

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………….…

***Revalidatie-inrichtingen die een overeenkomst hebben ondertekend met de implanterende verplegingsinrichting om de revalidatie van hun patiënten op zich te nemen:***

Naam van de revalidatie-inrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de revalidatie-inrichting : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

Naam van de revalidatie-inrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de revalidatie-inrichting : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

Naam van de revalidatie-inrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de revalidatie-inrichting : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Administratief adres (adres waarnaar de briefwisseling gestuurd dient te worden):

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

***Identificatie en samenstelling van het multidisciplinaire team van de revalidatie-inrichting:***

De vergoedingsvoorwaarde L-§29 van de lijst voorziet minstens volgende samenstelling:

* 1 geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie
* 1 psychiater of psycholoog
* 1 kinesitherapeut
* 1 ergotherapeut
* 1 orthopedist-prothesist

Gelieve tabel 2 in te vullen. Een tabel per revalidatie-inrichting moet ingevuld worden.

***Verbintenissen***

De verplegingsinrichting en de revalidatie-inrichtingen verklaren akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingvoorwaarde L-§29 van de lijst.

De verplegingsinrichting garandeert meer bepaald:

* een multidisciplinair team die in die techniek geschoold is en onder begeleiding van het multidisciplinaire team van het universitair ziekenhuis Sahlgrenska van Gothenburg (Zweden) staat.
* dat het over een gedocumenteerd behandelingsprogramma beschikt. Dit beschrijft de selectieprocedure van de patiënt, het zorgtraject (chirurgische ingreep, revalidatie tot en met het effectief gebruik van de eerste prothese), het orthopedisch-technisch onderhoud, de klinische follow-up met de mogelijkheden in geval van complicaties of incidenten, de maatregelen ter verzekering van de continuïteit van deze gespecialiseerde zorg.
* informatie aan de rechthebbende over de implantatie, revalidatie, gebruiksaanwijzingen en kosten

De revalidatie-inrichting garandeert meer bepalend:

* een multidisciplinair team gespecialiseerd in revalidatie van geamputeerden
* haar verbintenis om het geplande revalidatieprogramma te volgen, ook wanneer extramurale kinesitherapeuten worden ingeschakeld.

De verplegingsinrichting en de revalidatie-inrichtingen verbinden zich ertoe:

* het secretariaat van de Commissie elke wijziging in de samenstelling van het team mee te delen;
* alle afgevaardigden van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij nodig achten i.v.m. de uitvoering van deze vergoedingsvoorwaarde;
* in nauw verband samen te werken

Tabel 1: samenstelling van het multidisciplinaire team van de implanterende verplegingsinrichting

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam | E-mailadres | Telefoonnr. | RIZIV-nr | INSZ-nr. | Functie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Tabel 2: samenstelling van het multidisciplinaire team van de revalidatie-inrichting

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam | E-mailadres | Telefoonnr. | RIZIV-nr | INSZ-nr. | Functie |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Gedaan te *(plaats)*  op *(datum)………./………./………*

**De ondertekenaars bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde L-§29 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:**

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting:

Naam, voornaam, handtekening en de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van elk revalidatie-inrichting: