



Overeenkomst betreffende de financiering van het zorgtraject eetstoornissen – deel 2

Formulier voor kandidatuurstelling tot referentiecentrum eetstoornissen

Te versturen **tegen uiterlijk 1 februari 2025**, volledig ingevuld, digitaal ondertekend en met de gevraagde bijlagen, naar: ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be

I. De verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt

➔ Indien meerdere verplegingsinrichtingen samen een kandidatuur indienen tot referentiecentrum eetstoornissen (conform de bepalingen in artikel 5,§3 van deze overeenkomst), gelieve deze gegevens dan toe te voegen.

Naam van de verplegingsinrichting(en):	Click or tap here to enter text.
RIZIV identificatienr. van de verplegingsinrichting(en):	Click or tap here to enter text.
Administratief adres(sen):	Click or tap here to enter text.
Naam en voornaam verantwoordelijke namens de verplegingsinrichting(en):	Click or tap here to enter text.
E-mailadres(sen):	Click or tap here to enter text.

Naam en voornaam medisch directeur(s):	Click or tap here to enter text.
E-mailadres(sen):	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer(s):	Click or tap here to enter text.

Naam van de verplegingsinrichting dat optreedt als financieel beheerder van het referentiecentrum eetstoornissen:	Click or tap here to enter text.
RIZIV identificatienr. van de verplegingsinrichting:	Click or tap here to enter text.
Administratief adres:	Click or tap here to enter text.
Naam en voornaam verantwoordelijke namens de verplegingsinrichting:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.

Naam en voornaam contactpersoon in geval van administratieve vragen:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
Telefoonnummer:	Click or tap here to enter text.

II. Namen van de leden van het multidisciplinair behandelteam gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen (zie artikel 5,§1 van de overeenkomst) ➔ Indien meerdere leden deelnemen, kunt u hun gegevens toevoegen in bijlage. ➔ Gelieve in bijlage het CV en portfolio van de teamleden toe te voegen.	
☐	Binnen het multidisciplinair behandelteam hebben ten minste 3 zorgverleners 5 jaar relevante werkervaring met eetstoornissen.
☐	Het multidisciplinaire behandelteam beschikt over de kerncompetenties zoals omschreven in artikel 5, §1, 5° van de overeenkomst

Arts-specialist in de (kinder- en jeugd)psychiatrie:	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

Arts-specialist in de kindergeneeskunde:	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

Arts-specialist in de inwendige geneeskunde:	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

Diëtist(e):	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

Een klinisch psycholo(o)g(e)/orthopedago(o)g(e):	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

Een familietherapeut(e):	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

Een (psychiatrisch) verpleegkundige:	
Naam en voornaam:	Click or tap here to enter text.
E-mailadres:	Click or tap here to enter text.
RIZIV-nummer:	Click or tap here to enter text.
CV en portfolio toegevoegd in bijlage	☐

III. Behandel aanbod/ faciliteiten voor eetstoornissen (zie artikel 5, §2 van de overeenkomst)

Geef de gespecialiseerde ambulante (poliklinische consultaties, inclusief groepsaanbod) en residentiële (K, A of T) capaciteit weer ten behoeve van de behandeling van patiënten met eetstoornissen:

Click or tap here to enter text.

Omschrijf het bestaande therapieaanbod en deeltijdbehandelingsprogramma aanbod voor patiënten met een eetstoornis en hun familie, met o.a. multi-family therapie:

Click or tap here to enter text.

Omschrijf de voorzieningen voor de somatische behandeling (E of D of functie intensieve zorgen) van de patiënt en/of de samenwerking met een interne afdeling en/of (pediatrische) afdelingen van een naburig ziekenhuis, en kruis onderaan de mogelijkheid tot sondevoeding of specifieke protocollen aan indien beschikbaar:

Click or tap here to enter text.

☐ Mogelijkheid tot behandeling met sondevoeding

☐ Protocollen voor de behandeling van somatische complicaties bij eetstoornissen

Omschrijf de mogelijkheden voor crisisinterventie:

Click or tap here to enter text.

Gelieve te omschrijven hoe een geïntegreerde werking en continuïteit van zorg wordt bewaakt:

- ➔ *Enkel in te vullen indien meerdere verplegingsinrichtingen samen een kandidatuur indienen tot referentiecentrum eetstoornissen (conform de bepalingen in artikel 5,§3 van deze overeenkomst).*
- ➔ *Gelieve de geformaliseerde afspraken/samenwerkingsakkoord in bijlage toe te voegen.*

Click or tap here to enter text.

IV. Aantoonbare ervaring van het centrum (zie artikel 5, §4 van de overeenkomst)

- ➔ *De Dienst zal voor het centrum het aantal opnames en totale ligduur van patiënten met een eetstoornis (cijfers van de 2 of 3 meest recent beschikbare jaren, met uitzondering van de jaren 2020 en 2021) nagaan op basis van MPG en MZG gegevens*

Aantal behandelde ambulante patiënten met een eetstoornis (cijfers van het meest recente jaar):

Click or tap here to enter text.

V. Aantoonbare expertise van het centrum (zie artikel 5, §5 van de overeenkomst)

- ☐ Gelieve in bijlage toe te voegen:
- Een lijst met de peer review publicaties
 - Een lijst met het aantal gegeven voordrachten
 - Een lijst met het aantal gegeven bijscholingen/vormingen

VI. Verbintenissen

- ☐ De verplegingsinrichting(en) verbindt zich ertoe:
- aan de Dienst voor geneeskundige verzorging elke wijziging in de samenstelling van het team en contactpersoon mee te delen via het e-mail adres: ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be;
 - een lijst met de gevolgde opleidingen/bijcholingsactiviteiten inzake eetstoornissen van alle zorgverleners werkzaam in het multidisciplinair behandelteam bij te houden;
 - de verbintenissen van het referentiecentrum zoals omschreven in artikel 6 van de overeenkomst na te leven;

- alle afgevaardigden van het RIZIV/de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij nodig achten i.v.m. de uitvoering van deze overeenkomst.

VII. De ondertekenden bevestigen:

- dat zij kennis hebben genomen van de overeenkomst betreffende de financiering van het zorgtraject eetstoornissen - deel 2;
- dat bovenstaande gegevens volledig en correct zijn ingevuld;
- dat ze voldoen aan de voorwaarden opgenomen in de overeenkomst betreffende de financiering van het zorgtraject eetstoornissen - deel 2.

Gedaan te (plaats):

Click or tap to enter a date.

Datum:

Click or tap to enter a date.

Na(a)m(en), voorna(a)m(en) en handtekening(en) van de **verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting(en)** [na(a)m(en) van de verplegingsinrichting(en)] die zich kandidaat stelt:

X

Na(a)m(en), voorna(a)m(en), handtekening(en) van de **medisch directeur(s)/hoofddarts(en) van de verplegingsinrichting(en)** [na(a)m(en) van de verplegingsinrichting(en)] die zich kandidaat stelt:

X