**FORMULIER F-Form-II-01**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de implanteerbare hartstimulatoren en resynchronisatiehartstimulatoren, hun elektroden en implanteerbaar toebehoren**

*(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 waarop de briefwisseling dient gestuurd te worden):

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

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

De verplegingsinrichting beschikt over een erkenning :

* Enkel voor het zorgprogramma P
* Voor het zorgprogramma P en E

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

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

E-mail adres :………………………………………………………………………………….

***Identificatie van de arts(en)-specialist(en)***

*Verantwoordelijke arts-specialist in cardiologie voor het zorgprogramma P en in voorkomende geval, verantwoordelijke voor het zorgprogramma E[[1]](#footnote-1):*

*Indien de verplegingsinrichting beschikt over een erkenning voor het zorgprogramma E, moet de arts-specialist in de cardiologie een elektrofysioloog zijn .*

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

E-mail adres : ……………………………………………….………………………............

Telefoon (secretariaat Dienst). : ………………………………………………………

RIZIV-nummer : ………………………………………………………………………………

*Eventueel plaatsvervanger van de verantwoordelijke arts-specialist in cardiologie voor het zorgprogramma P en in voorkomende geval, verantwoordelijke voor het zorgprogramma E:*

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

E-mail adres : ……………………………………………….………………………............

Telefoon (secretariaat Dienst). : ………………………………………………………

RIZIV-nummer : ………………………………………………………………………

***Verbintenissen***

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met de bepalingen en de criteria van de vergoedingsvoorwaarde F-§01 van de lijst.

De verplegingsinrichting bevestigt dat zij aan de volgende criteria voldoet:

1. Voor de verstrekkingen 158410-158421, 158432-158443, 158454-158465, 170553-170564, 158476-158480, 158491-158502, 158513-158524, 170575-170586, 158535-158546, 158653-158664, 158675-158686, 158690-158701, 158712-158723:

De verplegingsinrichting beschikt over een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling en over een dienst voor heelkunde, die respectievelijk als zodanig zijn erkend door de overheid tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort en beschikt tevens over een erkenning voor het zorgprogramma “cardiale pathologie” P.

1. Voor de verstrekkingen 158550-158561, 158572-158583, 170590-170601, 158594-158605, 158616-158620, 158631-158642, 170612-170623, 158734-158745 en 158756-158760:

De verplegingsinrichting beschikt over een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling en over een dienst voor heelkunde, die respectievelijk als zodanig zijn erkend door de overheid tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort en beschikt tevens over een erkenning voor het zorgprogramma ”cardiale pathologie" E.

De verplegingsinrichting verbindt zich ertoe:

* om haar artsen die hartstimulators en/of resynchronisatiehartstimulators voorschrijven te doen meewerken aan een intercollegiale toetsing qua indicaties en qua incidentie van bedoelde indicaties en de gebruikte implantaten;
* het R.I.Z.I.V. elke wijziging van de verantwoordelijke arts-specialist in cardiologie voor het zorgprogramma P en in voorkomende geval, verantwoordelijke voor het zorgprogramma E te bezorgen;
* alle afgevaardigden van het R.I.Z.I.V. of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij nodig achten i.v.m. de uitvoering van deze verstrekkingen;

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

**De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria van de vergoedingsvoorwaarde F-§01 van de lijst en alle voorwaarden te aanvaarden:**

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de verantwoordelijke arts-specialist in cardiologie voor het zorgprogramma P en in voorkomende geval, verantwoordelijke voor het zorgprogramma E:

1. Cf 1.3 van de vergoedingsvoorwaarde F-§01 van de lijst “Indien de verplegingsinrichting beschikt over beide zorgprogramma’s is de verantwoordelijke arts-specialist voor het zorgprogramma E eveneens de verantwoordelijke voor het zorgprogramma P”. [↑](#footnote-ref-1)