**FORMULIER B-Form-I-11**

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173176-173180, 173191-173202, 173213-173224, 173235-173246, 173294-173305, 173316-173320, 173331-173342, 173353-173364, 173390-173401, 173456-173460, 173493-173504 en 173530-173541.**

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

* *Terug te sturen NA IMPLANTATIE naar:*

     *het College van Artsen-directeurs (*RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging, Galileelaan 5/01 in 1210 Brussel*).*

***Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/arts-specialist***

Naam van de verpleeginrichting: …………………………………………………………

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de arts-specialist: …………………………………………

RIZIV-nummer van de arts-specialist: ………………………………………………

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

Telefoon (secretariaat van de dienst): ……………….………………………………………

***Identificatiegegevens van de rechthebbende***

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

Voornaam: ……………………………………………..………………………………………..

Rijksregisternummer: ………………………………………………

Geboortedatum: …………………………………………………………………………...

Geslacht: …………………………………………………………………………………………

***Identificatiegegevens van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende***

*Naam van de verzekeringsinstelling: ……………………………………………………………………………………………………*

*Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Vervangingsneurostimulator*

Naam van de te vervangen neurostimulator: ………………………………………………

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator: ………………………………

Datum van de vorige implantatie: …../…../…..

Naam van de vervangende neurostimulator: .……………………………………………

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator: ………………………………

Datum van de interventie voor vervanging: ……../……/……

*Bijkomende vervangingsneurostimulator*

Naam van de te vervangen neurostimulator: ………………………………………………

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator: ………………………………

Datum van de vorige implantatie: …../…../…..

Naam van de vervangende neurostimulator: .……………………………………………

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator: ………………………………

Datum van de interventie voor vervanging: ……../……/……

*Vervangingselektrode*

Naam van de te vervangen elektrode: .………………………………………………………

Identificatienummer van de te vervangen elektrode: ………………………………………

Datum van de vorige implantatie: …../…../…..

Naam van de vervangende elektrode: .………………………………………………………

Identificatienummer van de vervangende elektrode: ………………………………………

Datum van de interventie voor vervanging: ……../……/……

*Vervangingsextensie*

Naam van de te vervangen extensie: .………………………………………………………

Identificatienummer van de te vervangen extensie: …………………………………………

Datum van de vorige implantatie: …../…../…..

Naam van de vervangende extensie: …………………………………………………………

Identificatienummer van de vervangende extensie: …………………………………………

Datum van de interventie voor vervanging: ……../……/……

*Vervangingspatiëntenprogrameerapparaat*

Naam van de te vervangen patiëntenprogrameerapparaat: .……………………

Identificatienummer van de te vervangen patiëntenprogrameerapparaat: ………………

Datum van de vorige implantatie: …../…../…..

Naam van de vervangende patiëntenprogrameerapparaat: .……………………

Identificatienummer van de vervangende patiëntenprogrameerapparaat: ………………

Datum van de interventie voor vervanging: ……../……/……

Medische gegevens

1. Medisch rapport van de evolutie

Moet onder meer het klinisch beeld sinds de implantatie en een vergelijking met het klinisch beeld voor de implantatie vermelden

1. Reden voor de vervanging:
* End-of-life
* Infectie
* Ander:…

Opgesteld te *(plaats)*                       op *(datum)*

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het OCS team: