**FORMULIER B-Form-II-04**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatie in geval van bewegingsstoornissen.**

*(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

Galileelaan 5/01 in 1210 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 "bewegingsstoornissen" team (BST):***

De vergoedingsvoorwaarde B§12 van de lijst voorziet minstens volgende samenstelling:

* **2 neurochirurgen voltijds equivalenten** (VTE)
* **2 neurologen voltijds equivalenten** (VTE)

De 2 neurochirurgen en 2 neurologen hebben een theoretische en klinische expertise evenals ervaring in diepe hersenstimulatie.

* **1 of meerdere psychologen** bekwaam qua neuropsychologische evaluatie en vertrouwd met de aanpak van de betrokken patiëntendoelgroep, inclusief de neurologische en psychische co-morbiditeit die er vaak mee gepaard gaat.

**NEUROCHIRURGEN** (min. 2 voltijds equivalenten)

* *Neurochirurg:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Neurochirurg:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Neurochirurg:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):……………………………………………………………

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

**NEUROLOGEN** (min. 2 voltijds equivalenten)

* *Neuroloog:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Neuroloog:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Neuroloog:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

**PSYCHOLO(O)G(EN)**

* *Psycholoog :*

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Psycholoog :*

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):……………………………………………………………….

Rest van de tijd:………………………………………………………………………………

* *Psycholoog :*

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):………………………………………………………………..

Rest van de tijd:………………………………………………………………………………..

**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):…………………………………………….…

***Verbintenissen***

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingvoorwaarde B§12 van de lijst.

De verplegingsinrichting garandeert meer bepaald:

* een bewegingsstoornissen team (BST) dat tot één enkel ziekenhuis behoort;
* een team dat het nodige en gevormd personeel omvat om het materiaal te regelen en de patiënt en zijn omgeving ter zake in te lichten;
* een neurochirurgische en neurologische permanentie 24 uur op 24 en 7 dagen op 7;
* het ter beschikking stellen van een operator en een adequate video-installatie om de video-evaluaties te realiseren.

De verplegingsinrichting verbindt 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;

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

**De ondertekenaars bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B§12 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 stempel van elk lid van het BST: