**FORMULIER E-Form-II-02**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de behandeling van de fecale incontinentie**

*(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

([implant@riziv-inami.fgov.be](mailto:implant@riziv-inami.fgov.be))

***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 : ………………………………………………………………..…..

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

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

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

***Samenstelling van het multidisciplinair team***

De artsen-specialisten die deel kunnen uitmaken van het multidisciplinair team, zoals bepaald in punt 1 van de vergoedingsvoorwaarde E-§04, zijn opgegeven in de tabel in bijlage.

***Verbintenissen***

De verplegingsinrichting verklaart

* akkoord te gaan met de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in punt 1 van de vergoedingsvoorwaarde E-§04 van de Lijst.
* te zullen meewerken aan de indicatiestelling, de screening, de implantatie en de opvolging van de patiënten behandeld voor fecale incontinentie volgens de vastgestelde modaliteiten
* elke wijziging in de samenstelling van het multidisciplinair team spontaan mee te delen aan de Dienst Geneeskundige verzorging

**De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria van de vergoedingsvoorwaarde E-§04 van de lijst en alle voorwaarden te aanvaarden:**

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting.

Arsten die deel uitmaken van het multidisciplinair team zoals bepaald in punt 1.1 van de vergoedingsvoorwaarden E-§04.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam | RIZIV nummer | Specialisatie | e-mail adres |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |