**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, zoals bepaald in de vergoedingsvoorwaarde E-§04**

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

* Te versturen naar het secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (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 : ………………………………………………………………..…..

Naam en voornaam van de directeur van de verplegingsinrichting (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen[[1]](#footnote-1)): ……………………………………………..………

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

Naam en voornaam van de hoofdarts (zoals gedefinieerd in de Wet op de ziekenhuizen):………………………………………………………………………………….

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

***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.

***Identificatie van de arts(en)-specialist(en) die de ingreep kunnen uitvoeren***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam en voornaam van de arts-specialist | RIZIV nummer van de arts-specialist  | E-mailadres |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

***Gegevens over de ervaring van de arts-specialist[[2]](#footnote-2)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam en voornaam van de arts-specialist | Uitgevoerde implantatie[[3]](#footnote-3) | Datum van de interventie |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Het aantal geattesteerde verstrekkingen wordt gecontroleerd op basis van de gepresteerde data die beschikbaar zijn binnen het RIZIV in de doc P.

***Verbintenissen***

**De directeur van de verplegingsinrichting en de hoofdarts bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria die werden opgenomen in de vergoedingsvoorwaarde E-§04 en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:**

De directeur van de verplegingsinrichting:

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

Naam, voornaam en handtekening:

De hoofdarts *van de verplegingsinrichting:*

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

Naam, voornaam en handtekening:

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 7 november 2008 [↑](#footnote-ref-1)
2. De artsen-specialisten die tussen 01/07/2021 en 01/06/2022 (datum van inwerkingtreding van de nieuwe vergoedingsvoorwaarde E-§04) zijn opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen die beantwoorden aan de criteria voor de verstrekkingen betreffende de behandeling van fecale incontinentie hoeven dit onderdeel niet in te vullen. [↑](#footnote-ref-2)
3. Type implantatie: eerste implantatie sacrale neurostimulatie, (voortijdige) vervanging sacrale neurostimulatie, negatieve proefstimulatie, eerste implantatie dynamische graciloplastie, (voortijdige) vervanging dynamische graciloplastie, eerste implantatie artificiële anale sfincter of (voortijdige) vervanging artificiële anale sfincter. [↑](#footnote-ref-3)