**FORMULIER B-Form-I-14**

**Notificatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865 en 173891-173902.**

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

* Te versturen naar de adviserend arts binnen de 90 kalenderdagen na de implantatie.

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

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

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

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

Verzekeringsinstelling: …………………………………………………………………………

***Datum van de ingreep*** : ……./……./……….

Overeenkomstig de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B-§12 van de lijst word(t)(en) de hieronder vermelde verstrekkingen voor deze rechthebbende gevraagd.

**Gevraagde verstrekkingen** (aan te kruisen)

**Niet-heroplaadbare neurostimulator**

* 173596-173600 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van bewegingsstoornissen, voor unilaterale stimulatie (één kanaal)
* 173611-173622 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van bewegingsstoornissen, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen)
* 173633-173644 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van bewegingsstoornissen, voor unilaterale stimulatie (één kanaal), in geval van voortijdige vervanging
* 173655-173666 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van bewegingsstoornissen, voor bilaterale stimulatie (twee kanalen), in geval van voortijdige vervanging

**Heroplaadbare neurostimulator**

* 173692-173703 Ingeplante heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van bewegingsstoornissen
* 173714-173725 Ingeplante heroplaadbare vervangingsneurostimulator in geval van bewegingsstoornissen, in geval van voortijdige vervanging

**Elektrode**

* 173751-173762 Ingeplante vervangingselektrode voor diepe hersenstimulatie in geval van in geval van bewegingsstoornissen

**Extensie**

* 173810-173821 Ingeplante vervangingsextensie voor diepe hersenstimulatie in geval van bewegingsstoornissen

**Patiëntenprogrammeerapparaat**

* 173854-173865 Vervangingspatiëntenprogrammeerapparaat voor diepe hersenstimulatie in geval van bewegingsstoornissen

**Lader**

* 173891-17392 Vervangingslader voor heroplaadbare neurostimulator voor diepe hersenstimulatie in geval van bewegingsstoornissen

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

Reden van de vervanging:

* end of life
* infectie
* andere, te specifiëren:…………………………..

Voortijdige vervanging (reden):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Het bewegingsstoornissen team (BST) bevestigt dat de documenten en videoregistraties, waaruit blijkt dat voldaan is aan voorwaarden, in het dossier van de rechthebbende bewaard worden en aan de adviserend arts zullen worden toegezonden op diens verzoek.

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

Naam en handtekening (of elektronische handtekening) van de behandelde arts–specialist van het BST