**Kennisgevingsdocument.**

OVEREENKOMST TUSSEN HET VERZEKERINGSCOMITE VAN DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIZIV, DE KINESITHERAPEUTEN EN ERKENDE VERPLEGINGSINRICHTINGEN VOOR DE VERGOEDING VAN DE REVALIDATIE VAN PATIËNTEN VOOR EN NA PRIMAIRE KNIE- OF HEUPARTROPLASTIEK MET EEN MOBIELE TOEPASSING

**Kennisgevingsformulier voor verzekeringsinstellingen (cf. art.3.2.2)**

**Identificatie van de patiënt (hierna invullen of kleefbriefje verzekeringsinstelling aanbrengen)**

Naam Voornaam ……………………. …………………….

INSZ-nummer …………………….

**Verzekeringsinstelling: ……………..**

**Indicatie + datum van de operatie : ………………….**

* primaire unilaterale unicompartimentale knieartroplastiek (UKA),
* primaire bicompartimenale knieartroplastiek (BKA, bestaande uit 2 UKA’s of 1 UKA en een patellofemorale artroplastiek
* primaire totale knieartroplastiek (TKA)
* primaire totale heupartroplastiek (THA)
1. **Datum van intake van de patiënt (preoperatieve fase)** : …………….
2. **Datum van ontslag uit het ziekenhuis**: ………………..
3. **Einddatum van de revalidatie of datum van stopzetting met ondersteuning door een mobiele toepassing (+redenen)** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Identificatie van de arts-specialist in de orthopedische heelkunde of arts-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie**

Naam Voornaam…………………………… RIZIV nr. …………………. *(of stempel met deze informatie)*

**Identificatie van de kinesitherapeut**

Naam Voornaam……………………………… RIZIV nr. …………………. *(of stempel met deze informatie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum en handtekening arts-specialist (\*)** | **Datum en handtekening Kinesithérapeut** | **Datum en handtekening patiënt** |

(\*) Of kopie van het voorschrift telekinesitherapie toevoegen in bijlage