**FORMULIER I-Form-I-02**

**Informatie te registreren voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de vervanging van endobronchiale éénrichtingskleppen (180795-180806)**

*Gelieve dit formulier in te vullen via het online register in overeenstemming met de vergoedingsvoorwaarden*

***Identificatie van de verplegingsinrichting/arts-specialist***

Naam van de verplegingsinrichting : ……………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de arts-specialist : …………………………………………

RIZIV nr. van de arts-specialist : ………………………………………………………

***Identificatie van de rechthebbende***

Naam : ……………………………………………………………………………………………

Voornaam : ………………………………………………………………………………………

Identificatienummer van het Rijksregister : ……………………………………………………

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

Geslacht : ………………………………………………………………………………………..

***Gegevens minimaal te registreren in het online register***

**Procedure**

* Datum procedure
* Aantal verwijderde kleppen
* Behandeling met EBV (per lob)
  + Type + aantal kleppen (identificatiecode)

**Hospitalisatie**

* Opnamedatum
* Ontslagdatum
* Complicaties
  + Aantal uur op intensieve zorgen
  + Overlijden
    - Datum van overlijden
  + Pneumothorax
    - Startdatum
    - Einddatum
    - Behandeling
  + Infectie
  + Acute exacerbatie COPD
  + Readmissie ITE
    - Startdatum
    - Einddatum
  + Aantal gemigreerde kleppen
  + Aantal verwijderde kleppen zonder vervanging
    - Reden van verwijdering