**FORMULIER I-Form-II-01**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekking betreffende de endobronchiale éénrichtingskleppen (180795-180806)**

*(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

Tervurenlaan 211

1150 Brussel

***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 arts-specialist voor pneumologie***

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

RIZIV-nummer : ………………………………………………………………..….…………

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

***Samenstelling van het multidisciplinair team***

De artsen-specialisten die deel kunnen uitmaken van het multidisciplinair team, zoals bepaald in punt 1.1 van de vergoedingsvoorwaarde I-§02, 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 I-§02 van de Lijst.
* te zullen meewerken aan de registratie van de gegevens en opvolging van de patiënten behandeld met endobronchiale éénrichtingskleppen volgens de vastgestelde modaliteiten
* te beschikken over ervaring met de behandeling van volwassen patiënten door middel van interventionele bronchoscopie met rigide bronchoscoop zoals bepaald in punt 1.3 van de vergoedingsvoorwaarde I-§02 van de Lijst.
* te beschikken over een pneumologische permanente wachtdienst
* elke wijziging in de samenstelling van het multidisciplinair team jaarlijks mee te delen aan de Dienst Geneeskundige verzorging

**De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen en de criteria van de vergoedingsvoorwaarde I-§02 van de lijst en alle voorwaarden te aanvaarden:**

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

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de verantwoordelijke arts-specialist voor pneumologie.

Arsten die deel uitmaken van het multidisciplinair team zoals bepaald in punt 1.1 van de vergoedingsvoorwaarden I-§02.

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