|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kandidatuur voor de overeenkomst voor de vergoeding van percutane ablatie onder CT scan begeleiding van nier-, lever-, long- en bottumoren** * *Te versturen* ***vóór 15 september 2024****, volledig ingevuld, digitaal ondertekend en met de gevraagde bijlagen, naar:* *ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be*
 |

|  |
| --- |
| 1. **De verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt**
 |
| Naam van **de verplegingsinrichting**: |  |
| RIZIV identificatienr. van de verplegingsinrichting: |  |
| Administratief adres:*(adres waarop de briefwisseling dient gestuurd te worden)* |  |
| Naam en voornaam verantwoordelijke namens de verplegingsinrichting: |  |
| E-mailadres: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam **medisch directeur/hoofdarts**: |  |
| E-mailadres: |  |
| RIZIV-nummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam **contactpersoon** in geval van administratieve vragen: |  |
| E-mailadres: |  |
| Telefoonnummer: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Namen van artsen-specialisten in de röntgendiagnose met ervaring in de interventionele radiologie die**

**de medische permanentie uitoefenen.*** *Indien meer artsen-specialisten deelnemen, kunt u hun gegevens toevoegen in bijlage.*
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam: |  |
| E-mailadres: |  |
| RIZIV-nummer: |  |
| Relevante opleidingen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam: |  |
| E-mailadres: |  |
| RIZIV-nummer: |  |
| Relevante opleidingen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam: |  |
| E-mailadres: |  |
| RIZIV-nummer: |  |
| Relevante opleidingen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam: |  |
| E-mailadres: |  |
| RIZIV-nummer: |  |
| Relevante opleidingen |  |

|  |
| --- |
| 1. Werking van het centrum
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wachtdienst** interventionele radiologie 24/24u en 7/7d ter beschikking: | Ja [ ]  Nee [ ]  |

|  |
| --- |
| Omschrijf het beheer van mogelijke complicaties na een ablatie en de manier waarop de **kwaliteit** van het centrum wordt bewaakt: |
| Toelichting: |

|  |
| --- |
| 1. Verbintenissen
 |
| De verplegingsinrichting verbindt zich ertoe: * aan de Dienst voor geneeskundige verzorging elke wijziging in de samenstelling van het team en contactpersoon mee te delen via het e-mail adres: ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be ;
* alle afgevaardigden van het RIZIV/de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij nodig achten i.v.m. de uitvoering van deze overeenkomst.
 |

|  |
| --- |
| 1. De ondertekenden bevestigen:
* dat zij kennis hebben genomen van de overeenkomst voor de vergoeding van percutane ablatie onder CT scan begeleiding van nier-, lever-, long- en bottumoren tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en de verplegingsinrichtingen;
* dat bovenstaande gegevens volledig en correct zijn ingevuld;
* dat ze voldoen aan de voorwaarden opgenomen in de overeenkomst voor de vergoeding van percutane ablatie onder CT scan begeleiding van nier-, lever-, long- en bottumoren.
 |
| Gedaan te (plaats): |  |
| Datum: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam, voornaam en handtekening van de **verantwoordelijke namens de inrichtende macht** **van de verplegingsinrichting** [naam van de verplegingsinrichting] die zich kandidaat stelt: |  |
| Naam, voornaam, handtekening van de **medisch directeur/hoofdarts** **van de verplegingsinrichting** [naam van de verplegingsinrichting] die zich kandidaat stelt: |  |