|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KENNISGEVING VAN VERPLEEGKUNDIGE VERZORGING VOOR EEN PALLIATIEVE PATIENT** | | |
| *Identificatie van de rechthebbende* |  |  |
| Naam en voornaam: …………………………………………………………………………………… | | |
| Adres: ………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Geboortedatum: ……………………………………………………………………………………….. | | |
| Inschrijvingsnummer sociale zekerheid (INSZ): ……………………………………………………… | | |
| Inschrijvingsnr. V.I. (alleen voor patiënten zonder INSZ): …………………………………………… | | |
| Identificatienr. V.I.: |  |  |
| Ondergetekende, ingeschreven op de  lijst der verpleegkundigen van het RIZIV, onder het nummer …………………………………………..  stelt de adviserendgeneesheer ervan in kennis dat hij/zij begint met palliatieve verzorging bij de  rechthebbende op datum van ……………………………………………………………………………. | | |
| Ik heb kennisgenomen van de voorwaarden om deze verzorging aan te rekenen en in het bijzonder van artikel 8, § 5bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. | | |
| *Identificatiegegevens van de verantwoordelijke verpleegkundige van de groep van verpleegkundigen die de permanente opvang zullen garanderen (als de groep beschikt over een nummer derdebetaler, dat ook opgeven):* | | |
| Naam en voornaam van de groepsverantwoordelijke: | RIZIV-nr. | Nr. derdebetaler |
| ………………………………………………………. | …………… | ………………………… |
| *Identificatiegegevens van de behandelend geneesheer:* |  |  |
| Naam en voornaam: ……………………………….. | RIZIV-nr.: …………………………………… | |
| *Identificatiegegevens van de referentieverpleegkundige met kennis van palliatieve verzorging of de erkende multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging:* | | |
| Naam en voornaam: ………………………………… | RIZIV-nr.: …………………………………… | |
| of |  |  |
| Naam van de equipe: ……………………………….. | Identificatienr.: ……………………………… | |
| De verpleegkundige,  (datum, naam en handtekening) |  | |

www.iriscare.brussels