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

**Formulier in het kader van de verstrekkingen betreffende het geheel van katheters en toebehoren gebruikt voor elektrofysiologisch onderzoek en percutane ablatie (158874-158885, 158896-158900, 158911-158922, 158933-158944, 158955-158966)**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

* Deze informatie moet in het medisch dossier van de rechthebbende bewaard worden

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

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

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

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

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

Email-adres : ………………………………………………………………………………………

Telefoon (secretariaat dienst) : …………………………………………………………………

***Identificatie van de rechthebbende[[1]](#footnote-1)***

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

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

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

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

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

Verzekeringsinstelling,: ………………………………………………………………………..

***Gegevens minimaal te registreren in het “National peer review radiofrequency ablation”-register van de Belgian Heart Rhythm Association***

* Datum van de procedure
* Symptomen van de rechthebbende
* Onderliggende cardiopathie
* Diagnose van de aritmie
* Doel van de ablatie
* Resultaat van de ablatie
* Follow up na 3 maanden
* Post RF therapie
* Complicaties
1. Om de anonimiteit van de rechthebbende te vrijwaren en volledige onpartijdigheid van het beslissend comité te waarborgen, wordt de identiteit van zowel de rechthebbende als de geneesheer-specialist pas bekend gemaakt na beslissing of de rechthebbende in aanmerking komt voor behandeling met een implantaat [↑](#footnote-ref-1)