**FORMULIER F-Form-I-01**

**Informatie voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de verstrekkingen betreffende de implanteerbare hartstimulatoren en resynchronisatiehartstimulatoren, hun elektroden en implanteerbaar toebehoren.**

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

* Binnen de 90 kalenderdagen na de implantatie te versturen via QERMID

***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***

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

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

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

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

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

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

***Gegevens minimaal te registreren in het register Qermid@pacemakers***

Algemene informatie – Type implantatie:

Datum van implantatie:

Type implantatie :

* Voortijdige vervanging (single/dual/triple/CRT-P)

Indicaties (symptoom, ECG, etiologie)

Eerste verantwoordelijke specialist

Tweede verantwoordelijke specialist

Gegevens over de implantatie:

Indicatie:

* Symptomatisch totaal atrioventriculair blok
* Sinusknoopziekte en/of voorkamerfibrillatie met arresten langer dan 4 seconden gepaard gaand met syncopes en/of bradycardie lager dan 30 slagen per minuut
* Bindend advies aan E-centrum :
	+ Gegeven door :

Gegevens enkel in geval van CRT-P:

* Cardiopathie (ischemisch/niet-ischemisch)
* NYHA-klasse
* QRS-duur
* LVEF %
* Linkerkamer einddiastolische diameter
* Type geleidingsstoornis
* Asynchronie bewezen d.m.v. echocardiografie

Gegevens over toestel en elektrode(s):

Informatie over de vorige implantatie(s)

Gegevens over het toestel

* Toestel (bedrijf, model, identificatiecode, serienummer, stimulatiemodus)

Gegevens over elektrode(s)

* Bedrijf, model, serienummer
* transveneuze/ epicardiale
* rechter atriaal / linker atriaal / rechter ventriculair / linker ventriculair
* aantal/type elektrode

Informatie over vorige implantatie(s):

* Datum vorige implantatie