|  |  |
| --- | --- |
|  | **Antrag auf Eintragung** **als Logopäde/In beim LIKIV** |

|  |
| --- |
| 1. **Eintragungsbedingungen**:
 |
| * **Sie sind von der zuständigen Gemeinschaft** als Logopäde/In anerkannt
* **Sie haben** vom FÖD Volksgesundheit eine Beglaubigung erhalten
 |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Daten:**
 |
| **Name:** |   |
| **Vorname:** |   |
| **Nationalregisternummer:***(diese Nummer befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises). Sie sind nicht im Nationalregister eingetragen? In dem Fall ist Ihre Bisnummer anzugeben.* |   |
| **Ihre Beglaubigungsnummer:***(diese Nummer steht auf der Beglaubigung, die Sie vom FÖD Volksgesundheit erhalten haben)* |   |
|  **Ihre E-Mailadresse:***(E-Mail-Adresse, unter der Sie zu erreichen sind)* |   |
| **Ihre Kontaktanschrift:***(Postanschrift, unter der Sie zu erreichen sind: Anschrift* ***in Belgien*** *+ ggf. Name, der unter dieser Anschrift ansässige Einrichtung, wenn Sie in einer Einrichtung tätig sind, und diese als Kontaktanschrift angegeben haben)* | Strasse, Hausnr./Postfach:  Postleitzahl, Ort: Bezeichnung der Einrichtung:  |

*Bitte füllen Sie auch die Rückseite des Formulars aus und unterschreiben Sie es.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ihre Hauptberufsadresse *(verpflichtet)*:***(Anschrift, an der Sie Ihre Haupttätigkeit als Logopäde/In ausüben + ggf. die Bezeichnung der Einrichtung, wenn Sie in einer Einrichtung tätig sind)*  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ihre Hauptberufsadresse = Ihre Kontaktadresse (siehe oben) |  |
| [ ]  Andere Anschrift: |  |

Strasse, Hausnr./Postfach:  Postleitzahl, Ort: Bezeichnung der Einrichtung:  |
| **Verfügen Sie über ein Masterdiplom in Logopädie?** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ja  | *(fügen Sie in dem Fall Ihrem Antrag bitte eine Abschrift Ihres Diploms bei)* |
| [ ]  Nein |  |

 |
| **Beitritt zum Abkommen:** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Sie treten dem nationalen Abkommen zwischen den Logopäden und den Versicherungsträgern (R/2018-2019) unbeschränkt bei  |  |
| [ ]  Sie treten dem obengenannten Abkommen nicht bei. |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Erklärung:**
 |
| *Mit der Unterzeichnung dieses Registrierungsantrags, erklären Sie, dass die ausgefüllten Daten korrekt sind und Sie die in Punkt I dieses Dokuments erwähnten Eintragungsbedingungen erfüllen.**Wenn Sie dem nationalen Abkommen zwischen den Logopäden und den Versicherungsträgern (siehe Punkt II) unbeschränkt beitreten, sind Sie ab Ihrem Eintragungsdatum verpflichtet, die Bestimmungen dieses Abkommens einzuhalten.*Datum: Unterschrift: |

|  |
| --- |
| 1. **Wie übermittle ich meinen Antrag?**
 |
| **vorzugsweise per E-Mail (gescanntes Dokument)***oder***per Post:** | logonl@riziv-inami.fgov.beLIKIV, Dienst für GesundheitspflegeLogopädenteam Guffenslaan 33, 3500 HASSELT |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | Weitere Auskünfte über die Ausübung Ihres Berufs (Nomenklatur der logopädischen Leistungen, Honorare und Beträge der Versicherungsbeteiligung, Bestellung von Pflegebescheinigungen, nationales Abkommen, …) finden Sie auf unserer Internetseite [www.inami.be > Professionnels > Logopèdes](http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/logopedisten) |