** Medisch-farmaceutisch overleg – Lokaal project**

**Model van een EVALUATIEverslag van een lokale vergadering**

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

**I – Identificatie van het project**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nummer van het project toegekend door het CEG :**
 |  |
| 1. **Benaming van het project :**
 |  |
| 1. **Projectteam :**
 |  |
| **2.1 Arts :** |  |
| * Naam :
 |  |
| * Functie :
 |  |
| * Volledig adres :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * E-mail adres(sen) :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Telefoonnummer :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| **2.2 Apotheker :** |  |
| * Naam :
 |  |
| * Functie :
 |  |
| * Volledig adres :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * E-mail adres(sen) :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Telefoonnummer :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Naam van de lokale apothekers-vereniging:
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| 1. **Naam van de verslaggever:**
 |  |
| 1. **Betaling :**
 |  |
| * Bankrekeningnummer en volledige benaming :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Naam en adres van de rekeninghouder :
 | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |

**II – Verslag van de evaluatievergadering**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Datum van de evaluatievergadering:**
 |  |
| 1. **Virtuele vergadering**
 | Ja/neen |
| 1. **Fysieke vergadering**

**Indien ja, plaats :** | Ja/neen |
| 1. **Genodigden :**
 |  |
| * Aantal artsen :
 |  |
| * Aantal apothekers :
 |  |
| 1. **Deelnemers**
 |  |
| * Aantal artsen :
 |  |
| * Aantal apothekers :
 |  |
| 1. **Gebruikte kwaliteitsindicator(en) :(zie ook uw vorige verslag)**
 |  **a) uit het kwaliteitsbevorderende programma:** |
| **[b) andere kwaliteitsindicatoren: (FACULTATIEF)** |
| 1. **Identificatie van het erkend MFO programma waarop het project is gebaseerd :**
 |  |
| **6.1 Tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :** | Ja/neen |
| [verduidelijken aub] |
| **6.2 Gebruik van de logistiek van een erkend MFO programma (documenten, materiële hulp, animatie) :** | [verduidelijken aub] |
| 1. **Gebruikte geregistreerde gegevens :**
 | Ja/neen |
| [verduidelijken aub] |
| 1. **Andere gebruikte documentatie :**
 | Ja/neen |
| 1. **Evaluatie van het lokaal project**
* **resultaten op basis van de kwaliteitsindicatoren**
* **beslissingen/besluiten**
* **actiepunten**
* **komt er nog een vervolg na deze evaluatie?**
* **wordt het evaluatieverslag ruimer verspreid bij de artsen en apothekers in de regio die niet aanwezig waren?**
* **…**
 |  |

**III - Handtekening**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (handtekening - naam – datum) (arts) | (handtekening - naam – datum) (apotheker) |