

## Aanvraag van een erkenning of verlenging van een erkenning voor een centrum voor revalidatie

### Inrichtende macht

#### 1 Vul hieronder de gegevens van de overkoepelende inrichtende macht in.

naam van de inrichtende macht

juridische vorm  vzw

andere.

**Welke andere juridische vorm?**

straat en huisnummer

postcode en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

#### 2 Vul hieronder de voor- en achternaam van de voorzitter en van de leden van de overkoepelende inrichtende macht in.

*Als uw centrum geen overkoepelende inrichtende macht heeft, vul dan de voorzitter en leden van de algemene vergadering of een vergelijkbaar orgaan in.*

voorzitter

leden

**3 Vul hieronder de voor- en achternaam van de voorzitter en van de leden van het bestuursorgaan in.**

*Het bestuursorgaan of de directie staat in voor de dagelijkse leiding. De vorm is afhankelijk van de juridische vorm van de inrichtende macht. Voor een vzw is het bestuursorgaan de raad van bestuur.*

*Als de voorzitter en de leden van het bestuursorgaan dezelfde personen zijn als in vraag 2, dan hoeft u die hier niet opnieuw te herhalen.*

voorzitter .....

leden .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Revalidatiedienst**

**4 Kruis aan welke aanvraag u met dit formulier beoogt.**

- nieuwe erkenning als revalidatiedienst
- verlenging van een bestaande erkenning als revalidatiedienst

**5 Vul hieronder de gegevens van uw revalidatiedienst in.**

naam van de dienst .....

straat en huisnummer .....

postcode en gemeente .....

telefoonnummer .....

e-mailadres .....

**6 Werden de oprichtingsstatuten van uw revalidatiedienst gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad?**

- ja.  
**Op welke datum werden de statuten gepubliceerd?**  
dag   maand   jaar
- nee

**7 Beschrijf hieronder kort de doelstellingen van uw revalidatiedienst.**

.....

.....

.....

---

---

---

**8 Beschrijf hieronder kort de doelgroep van uw revalidatiedienst.**

---

---

---

---

---

**9 Beschrijf hieronder kort de infrastructuur waarover uw revalidatiedienst beschikt.**

*Vermeld het aantal, de grootte en de bestemming van de lokalen, de bijzondere uitrusting, ... Voeg een plattegrond van uw revalidatiedienst bij dit formulier.*

---

---

---

---

---

**10 Beschrijf hieronder kort de verschillende revalidatietechnieken die uw revalidatiedienst hanteert.**

---

---

---

---

---

**11 Beschrijf hieronder kort welke specifieke maatregelen u treft opdat uw patiënten na hun revalidatie maximaal zouden kunnen deelnemen aan het maatschappelijke leven (= sociale integratie van personen met een handicap).**

---

---

---

---

---

**12 Wanneer ontving de medisch coördinator zijn of haar erkenning als revalidatiearts?**

dag   maand   jaar

**13 In welke categorie werd de medisch coördinator erkend als revalidatiearts?**

- gehoor- en spraakgestoorden
- locomotorisch gehandicapten
- verstandelijk gehandicapten
- psychisch gehandicapten
- visueel gehandicapten
- andere.

**Welke andere categorie?**

.....

**14 Vul hieronder de gegevens in van de persoon die de dagelijkse leiding op zich neemt.**

voor- en achternaam .....

telefoonnummer .....

e-mailadres .....

**15 Vermeld in de bijlage achteraan in dit formulier de namen van de personeelsleden, hun functie en de prestatiebreuk waarin ze tewerkgesteld zijn. Geef aan of ze al dan niet tewerkgesteld zijn in het kader van een bijzonder statuut.**

**16 Som hieronder de bijscholingen op die uw personeelsleden het afgelopen jaar hebben gevolgd en geef daarbij aan of de bijscholing door uw centrum zelf werd georganiseerd.**

bijscholing	zelf georganiseerd	
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

**17 Beschikt uw revalidatiecentrum over een overeenkomst met het RIZIV over de tenlasteneming van de kosten van de revalidatieverstrekkingen?**

- ja. Ga verder met vraag 18.
- nee. Ga verder met vraag 22.

**18 Voor welk type revalidatie is die overeenkomst gesloten?**

.....

**19 Wanneer is de overeenkomst met het RIZIV ondertekend?**

dag   maand   jaar

**20 Wat is de geldigheidsduur van de overeenkomst met het RIZIV?**

van dag   maand   jaar      
tot dag   maand   jaar

**21 Ga verder met vraag 23.**

**22 Beschikt uw revalidatiecentrum over een toegang tot tenlasteneming van de kosten van de revalidatieverstrekingen buiten het RIZIV?**

ja.

**Welke toegang?**

nee

**23 Gaat uw revalidatiedienst samenwerkingsverbanden aan met andere voorzieningen in de gezondheids- of welzijnszorg?**

ja.

**Omschrijf hieronder welke samenwerkingsverbanden uw revalidatiedienst aangaat en omschrijf voor elk samenwerkingsverband het doel ervan.**

nee

**24 Geef hieronder aan in welke mate uw centrum of dienst autonoom kan werken.**

Is uw revalidatiecentrum autonoom wat betreft technisch instrumentarium?  ja  nee

Is uw revalidatiecentrum autonoom wat betreft aanwerving van personeel?  ja  nee

Is uw revalidatiecentrum autonoom wat betreft de vaststelling van dienstregeling en verloven?  ja  nee

Beschikt uw revalidatiecentrum over een afzonderlijk budget?  ja  nee

Is uw revalidatiecentrum verantwoordelijk voor aankopen en uitgaven?  ja  nee

**25 Wanneer en met welke frequentie vinden de teamvergaderingen plaats?**

*Bijvoorbeeld: elke donderdag of elke 1e maandag van de maand.*

**26 Noteer hieronder de disciplines die deelnemen aan de teamvergaderingen.**

## Bij te voegen documenten

**27** Voeg een recente personeelslijst bij dit formulier. Vermeld voor elk personeelslid de voor- en achternaam, de functie en de prestatiebreuk. Geef aan of het personeelslid al dan niet is tewerkgesteld in het kader van een bijzonder statuut. Gebruik hiervoor de tabel in bijlage.

**28** Voeg de volgende documenten bij dit formulier en kruis ze aan in de onderstaande aankruislijst.

- een plattegrond van uw revalidatiedienst
- een kopie van de overeenkomst met het RIZIV als u een overeenkomst hebt gesloten met het RIZIV
- een kopie van het Reglement van Orde
- een kopie van het Protocol van verblijf, opvang, behandeling of begeleiding, of een gelijkwaardig document
- een kopie van een brandweerattest dat niet ouder dan 5 jaar is
- een document dat de maatregelen beschrijft waarmee individuele inspraak van de gebruiker wordt gewaarborgd

## Ondertekening

**29** Dit formulier moet ondertekend worden door drie personen:

- de coördinator
- de voorzitter van de inrichtende macht
- de medisch coördinator (revalidatiearts)

## Ondertekening door de coördinator

**30** Vul de onderstaande verklaring in.

**Ik verklaar alles in het werk te stellen opdat het revalidatieproces in optimale omstandigheden uitgevoerd kan worden.**

**Ik verklaar de sociale integratie van personen met een handicap na te streven met het oog op hun maximale participatie in het maatschappelijke leven, en daarvoor de nodige maatregelen te nemen.**

**Ik verklaar me te onthouden van overdreven publiciteit, klantenjacht of opzichtige reclame, met in het algemeen middelen die door de code van de geneeskundige plichtenleer afgekeurd zijn.**

**Ik verklaar de bepalingen over de rechten en plichten van voorzieningen en gebruikers nauwgezet te zullen naleven.**

**Ik verbind me ertoe jaarlijks aan het VAPH te rapporteren over de activiteiten van het centrum.**

datum dag   maand   jaar

handtekening \_\_\_\_\_

voor- en achternaam .....

**Ondertekening door de medisch coördinator/revalidatiearts**

**31 Vul de onderstaande verklaring in.**

**Ik verklaar een coördinerende taak op mij te nemen wat betreft de uitvoering van het revalidatieproces, teamvergaderingen en het bijhouden van individuele revalidatiedossiers.**

**Ik verklaar de sociale integratie van personen met een handicap na te streven met het oog op hun maximale participatie in het maatschappelijke leven.**

**Ik verklaar het VAPH onmiddellijk te zullen inlichten als ik deze taak niet meer waarneem.**

datum dag   maand   jaar

handtekening .....

voor- en achternaam .....

**Ondertekening door de voorzitter**

**32 Onderteken dit formulier.**

datum dag   maand   jaar

handtekening .....

voor- en achternaam .....

**Aan wie bezorgt u dit formulier?**

**33 Scan het ondertekende formulier in en mail het naar [erkenningen@vaph.be](mailto:erkenningen@vaph.be).**

