

Aanmeldingsformulier huisartspraktijk

Praktijkinformatie

Naam huisartsenpraktijk :
 Straat en huisnummer :
 Postcode en plaats :
 Telefoonnummer :
 E-mail adres :
 Mobiel telefoonnummer praktijkhouder *:
 IBAN :
 t.n.v. te
 AGB-code maatschap/ organisatie :
 KvK nummer :
 BTW nummer :
 Aansprakelijkheidsverzekering : Ja Nee
 Indien ja : verzekeraar:.....
 : polisnummer:.....
 Apotheekhoudend: Ja Nee
 Werkt volgens de NHG richtlijnen: Ja Nee

Deelname:

Deelname kan starten vanaf de eerste dag van een kalenderkwartaal. In onderstaande tabel kunt u aangeven voor welke DBC u zich wilt aanmelden, s.v.p. per gewenste DBC een voorkeursstartdatum invullen.

DBC	Voorkeursstartdatum			
<input type="checkbox"/> DM2	<input type="checkbox"/> 1 januari 20....	<input type="checkbox"/> 1 april 20....	<input type="checkbox"/> 1 juli 20....	<input type="checkbox"/> 1 oktober 20....
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> 1 januari 20....	<input type="checkbox"/> 1 april 20....	<input type="checkbox"/> 1 juli 20....	<input type="checkbox"/> 1 oktober 20....
<input type="checkbox"/> CVRM	<input type="checkbox"/> 1 januari 20....	<input type="checkbox"/> 1 april 20....	<input type="checkbox"/> 1 juli 20....	<input type="checkbox"/> 1 oktober 20....
<input type="checkbox"/> ASTMA	<input type="checkbox"/> 1 januari 20....	<input type="checkbox"/> 1 april 20....	<input type="checkbox"/> 1 juli 20....	<input type="checkbox"/> 1 oktober 20....

***het mobiele telefoonnummer is nodig voor de verificatiecode bij digitaal contracteren.**

Betrokken medewerkers

Praktijk Medewerker	Naam	E-mailadres	In dienst- verband Ja/ nee	BIG Registratie- nummer	Registratienummer Stoppen met roken register (indien van toepassing)	Caspir cursus behaald ja/nee	AGB-code
Huisarts 1							
Huisarts 2							
Huisarts 3							
Huisarts 4							
Huisarts 5							
POH 1							
POH 2							
POH3							

ICT informatie

Algemeen:

Besturingssysteem: Windows Apple Anders:

Versienummer besturingssysteem:

Internetbrowser: versienummer:

HIS:

Medicom Mira (Arcos) Microhis (Elias) OmniHis Scipio
 Promedico VDF Promedico ASP Anders, namelijk:.....

OZIS:

Versie nummer HIS:

Waar wordt het HIS gehost? (lokale server of ASP)

OZIS ketenzorgbericht abonnement aanwezig? Ja Nee (verplicht)

Zorgdomein:

Maakt u gebruik van Zorgdomein voor verwijzing naar de 2^e lijn? Ja Nee

DM2 specifieke informatie

Instellen op insuline door huisartsenpraktijk : Ja, door HA Ja, door POH Nee
 Cursus instellen insuline gevolgd : Ja, bij:..... Nee
 Aantal DM2 patiënten in de 1^e lijn :
 Aantal DM2 patiënten in de 2^e lijn :
 Beschikbare tijd per DM2 patiënt per jaar :
 Uitvoering DM2 belegd bij <naam POH> :

CVRM specifieke informatie:

Aantal CVRM HVZ patiënten :
 Aantal CVRM VVR patiënten :
 Beschikbare tijd per CVRM patiënt per jaar :
 Uitvoering CVRM belegd bij <naam POH> :

**Advies: reserveer 30 minuten per CVRM-patiënt voor de intake. Het aantal vervolgcontroles verschilt per patiënt de exacte tijdsbesteding hiervoor is niet door Ketenzorg Friesland in te schatten.*

Aandachtspunten

- Een volledige en correcte registratie van de ICPC-codering bij de episodes in het HIS is van cruciaal belang voor een soepele implementatie van het zorgprogramma CVRM.
- Aanwezigheid van de huisarts bij praktijkbezoek 1 is verplicht.

COPD en Astma Specifieke informatie

Welke spirometer gebruikt u?

- Spida5
- SpidaExpert
- WelchAllyn
- Anders: :

Versienummer spirometer :

Leverancier spirometer :

Gegevens Caspir cursus. Afgerond door <naam, datum en instelling invullen>*

Huisarts Ja, op bij Nee

POH Ja, op bij Nee

**s.v.p. kopie van het certificaat meesturen met het aanmeldingsformulier*

Graag onderstaande gegevens invullen als u wilt starten met de DBC COPD

Aantal COPD-patiënten :

Beschikbare tijd voor DBC COPD per jaar :

Uitvoering van COPD belegd bij <naam POH invullen> :

Graag onderstaande gegevens invullen als u wilt starten met de DBC Astma

Aantal Astma-patiënten :

Beschikbare tijd voor DBC Astma per jaar :

Uitvoering van Astma belegd bij <naam POH invullen> :

Ondertekening

Dit formulier is naar waarheid ingevuld door:

Naam en functie:

.....

Datum:

.....-- 2017

Handtekening

.....

Retourneren

Het ingevulde en ondertekende formulier kunt u retourneren aan:

info@ketenzorgfriesland.nl

of via post naar:

Ketenzorg Friesland BV
Postbus 819
8440 AV HEERENVEEN