**Aanmeldformulier huisartspraktijk 2024**

Praktijkinformatie

*Is de praktijk bij ons bekend en zijn er geen wijzigingen in onderstaande dan kun je volstaan met het invullen van de praktijknaam en de informatie van de keten die aangevraagd wordt.*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

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

Deelname:

Deelname kan starten vanaf de eerste dag van een kalenderkwartaal. In onderstaande tabel kun je aangeven voor welke DBC je wilt aanmelden, graag per gewenste DBC een voorkeursstartdatum invullen. Een keten moet 2 maand voor het kwartaal worden aangemeld.

|  |  |
| --- | --- |
| DBC | Voorkeursstartdatum |
|  DM2 |  1 januari 20…. |  1 april 20….  |  1 juli 20…. |  1 oktober 20…. |
|  COPD |  1 januari 20…. |  1 april 20….  |  1 juli 20…. |  1 oktober 20…. |
|  CVRM |  1 januari 20…. |  1 april 20….  |  1 juli 20…. |  1 oktober 20…. |
|  ASTMA |  1 januari 20…. |  1 april 20….  |  1 juli 20…. |  1 oktober 20…. |

**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:…………………………………

**Zorgdomein:**Maakt u gebruik van Zorgdomein voor verwijzing naar de 2e 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 1e lijn : ……………………………………

Aantal DM2 patiënten in de 2e lijn : ……………………………………

Beschikbare tijd per DM2 patiënt per jaar : …………………………….………

Uitvoering DM2 belegd bij <naam POH> : ……………………………………..

Praktijk voert zelf de zorg uit Ja Nee

Praktijk wil gebruik maken van uitbesteding via Certe Ja Nee

**CVRM specifieke informatie:**

Aantal CVRM HVZ patiënten :……………………………………………

Aantal CVRM VVR patiënten :……………………………………………

Beschikbare tijd per CVRM patiënt per jaar : …………………………….……………..

Uitvoering CVRM belegd bij <naam POH> : ……………………………………………

Praktijk voert zelf de zorg uit Ja Nee

Praktijk wil gebruik maken van uitbesteding via Certe Ja Nee

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.

# *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> : …………………………………………

Praktijk voert zelf de zorg uit Ja Nee

Praktijk wil monitoringsspirometrie uitbesteden Ja Nee

Praktijk wil gebruik maken van bredere uitbesteding via Certe Ja Nee

# *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> : …………………………………………

Praktijk voert zelf de zorg uit Ja Nee

Praktijk wil monitoringsspirometrie uitbesteden Ja Nee

Praktijk wil gebruik maken van bredere uitbesteding via Certe Ja Nee

# 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*

|  |  |
| --- | --- |
| OndertekeningDit formulier is naar waarheid ingevuld door:Naam en functie: ……………………………………………………………Datum: ……- ……- 20…. Handtekening ………………………………………….. | **Retourneren**Het ingevulde en ondertekende formulier kunt u retourneren aan:zorgadministratie@ketenzorgfriesland.nl  |