|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aanvraag tot erkenning als huisartsenkring | | | | | | | | | | | | ELGEZ-241104 | |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  Simon Bolivarlaan 17, 1000 BRUSSEL  **T** 02 553 36 47  [eerstelijn@vlaanderen.be](mailto:eerstelijn@vlaanderen.be)  [www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be) | | | | | | | | | | | | | |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*  Met dit formulier kunt u een erkenning aanvragen als huisartsenkring. Een huisartsenkring treedt op als vertegenwoordiger van de huisartsen van de huisartsenzone en is het lokale aanspreekpunt voor de huisartsen en voor het lokale beleid bij de implementatie van het lokale gezondheidsbeleid.  Dit formulier is gebaseerd op de volgende regelgeving:   * het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders; * het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen.   ***Aan wie bezorgt u dit formulier?***  Mail dit formulier naar [*eerstelijn@vlaanderen.be*](mailto:eerstelijn@vlaanderen.be). | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Gegevens van de aanvrager** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul de gegevens van de nieuwe huisartsenkring in. | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam | | | | |  | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | | |  | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | |  | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | | | | |  | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | | | |  | | | | | | | | |
|  | kbo-nummer | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Vul de gegevens van de kringleden in. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | voornaam | |  | achternaam |  | e-mailadres |  | telefoonnummer | | |
|  | voorzitter | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | |
|  | coördinator | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | |
|  | secretaris | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | |
|  | penningmeester | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ****3**** | **Welke gemeenten behoren tot de (nieuwe) huisartsenzone?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ****4**** | **Hoeveel huisartsen zijn lid van de (nieuwe) huisartsenkring?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | huisartsen | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ****5**** | **Hoeveel huisartsen hebben hun praktijk in de (nieuwe) huisartsenzone.**  ***Reken daarbij zowel de huisartsen die lid als geen lid van de (nieuwe) huisartsenkring zijn.*** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | huisartsen | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | **Welke vorm van rechtspersoonlijkheid heeft deze huisartsenkring?**  *Volgens artikel 6 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen is e*en *huisartsenkring een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid waarvan de leden geen vermogensvoordeel mogen ontvangen.* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Algemene voorwaarden** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | **Welke initiatieven zal de huisartsenkring nemen om de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en de huisartsenwerking in het bijzonder beter bekend te maken?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | **Welke initiatieven zal de huisartsenkring nemen om de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijns­zorgverstrekkers te verbeteren?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | **Zal de huisartsenkring een of meer samenwerkingsovereenkomsten sluiten met een of meer ziekenhuizen om de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ja | | | | | | | | | | | | |
|  |  | nee | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | **Op welke manier zal de huisartsenkring aan de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor de patiënten van de huisartsenzone werken?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **11** | **Op welke manier zal de huisartsenkring de gegevensuitwisseling tussen de huisartsen, die noodzakelijk is voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening, stimuleren en optimaliseren?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** | **Op welke manier zal de huisartsenkring de gegevensuitwisseling tussen de huisartsen en organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod stimuleren en optimaliseren?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **13** | **Hoe zult u toezien op de huisartspraktijkpermanentie in uw huisartsenzone?**  *Hieronder valt niet de weekend- en avonddienst, maar wel bijvoorbeeld de vervanging tijdens vakanties.* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** | **Op welke manier werkt de huisartsenkring mee binnen de eerstelijnszone aan de profylaxe tegen besmettelijke aandoeningen?** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Bij te voegen bewijsstukken** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Voeg de volgende bewijsstukken bij dit formulier:   * de statuten van de initiatiefnemer en de eventuele wijzigingen ervan; * de rechtsgeldige beslissing om de erkenning aan te vragen. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ondertekening | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **16** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | |
|  | **Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.**  **Ik bevestig dat ik elke huisarts die tot de huisartsenkring wil toetreden en die binnen de huisartsenzone zijn praktijk heeft gevestigd en uitoefent, als lid zal opnemen.**  **Ik bevestig dat de huisartsenkring jaarlijks aan de administratie zal rapporteren over het aantal actieve huisartsen en huisartsen in opleiding in het werkingsgebied, zoals beschreven in artikel 8 van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen.**  **Ik bevestig dat de huisartsenkring maximaal afgestemd is op het werkingsgebied van de eerstelijnszone.**  **Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan het Departement Zorg.** | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | functie |  | | | | | | |