|  |  |
| --- | --- |
|  | **Antrag auf Eintragung als Krankenpfleger(In) beim LIKIV** |

|  |
| --- |
| 1. **Eintragungsbedingungen**
 |
| * **Sie haben vom FÖD Volksgesundheit eine Beglaubigung als Krankenpfleger(In) erhalten.**
* **Sie möchten Krankenpflegeleistungen aus Artikel 8 der Nomenklatur (Hauskrankenpflege) anrechnen.**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre persönlichen Daten: (alle diese erforderlichen Daten sind anzugeben)**
 |
| **Name:** |   |
| **Vorname:** |   |
| **Nationalregisternummer:***(diese befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises). Sie sind nicht im Nationalregister eingetragen? In dem Fall ist Ihre Bisnummer anzugeben.* |   |
| **Ihre Visumnummer:***(diese Nummer steht auf der Beglaubigung, die Sie vom FÖD Volksgesundheit erhalten haben)* |   |
|  **Ihre E-Mailadresse:***(E-Mailadresse unter der Sie zu erreichen sind)* |   |
| **Ihre Kontaktanschrift:***(Anschrift unter der Sie zu erreichen sind:* ***erforderliche***  *Anschrift in Belgien + ggf. Name, der unter dieser Anschrift ansässigen Person oder Einrichtung)* | Strasse, Hausnr./Postfach:  Postleitzahl, Ort: Name:  |

*Bitte füllen Sie auch die Rückseite des Formulars aus und unterschreiben Sie es.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ihr Diplom:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]   | Bachelor in Krankenpflege / Diplom eines graduierten Krankenpflegers oder einer graduierten Krankenpflegerin ​  |
| [ ]  [ ]  [ ]   | Brevet eines Krankenhauspflegers oder einer KrankenhauspflegerinBrevet eines Krankenhaushilfspflegers oder einer Krankenhaushilfspflegerin Bachelor in Entbindungspflege / Hebammen-Diplom  |

 |
| **besondere Berufsbezeichnungen oder Berufsqualifikationen:** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]   | Relais-Krankenpfleger für Wundpflege (*Bitte fügen Sie eine Kopie des Brevets oder der Ausbildungsbescheinigung bei)* |
| [ ]   [ ]  | Relais-Krankenpfleger für Diabetologie (*Bitte fügen Sie eine Kopie des Brevets oder der Ausbildungsbescheinigung bei)*Krankenpfleger mit einer besonderen beruflichen Qualifikation im Bereich der Diabetologie |

 |
| **Beitritt zum Abkommen:** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ich trete dem nationalen Abkommen zwischen den Krankenpflegern und den Versicherungsträgern (W/97undecies) bei |  |
| [ ]  Ich trete dem obengenannten Abkommen nicht bei |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Verpflichtung**
 |
| Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars, erkläre ich, dass ich die in Teil I erwähnten Registrierungsbedingungen erfülle und dass die persönlichen Daten in Teil II richtig sind.Ich verpflichte mich, jede Änderung in oben angegebenen Daten dieses Formulars mitzuteilen.Wenn ich dem nationalen Abkommen zwischen Krankenpflegern und Versicherungsträgern (W/97undecies) beitrete, verpflichte ich mich, die Bestimmungen dieses Abkommens einzuhalten.Datum: Unterschrift: |

|  |
| --- |
| 1. **Wie muss der Antrag eingereicht werden?**
 |
| **vorzugsweise per E-Mail (digitales Dokument):***oder***per Brief:** | nursefr@riziv-inami.fgov.be LIKIV, Dienst für Gesundheitspflege, Krankenpflegerteam Avenue de Tervueren 211, 1150 Brüssel (Raum 486) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | Weitere Auskünfte über die Ausübung Ihres Beruf (Krankenpflegenomenklatur, Honorare, nationales Abkommen...) finden Sie auf unserer Internetseite [www.inami.be > Professionnels > Infirmiers](http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/Pages/default.aspx#.WUJUzK3r2po) |