## VRAGENLIJST PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN - PVT

## Koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen

*Voor een zo efficiënt mogelijke verwerking van uw aanvraag dient u* ***alle vragen*** *in deze vragenlijst te beantwoorden.*

* **Als de aanvraag per post wordt gedaan: gelieve deze vragenlijst naar het volgende adres te sturen:**

Vivalis administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Directie Gezondheid en Bijstand aan Personen

Belliardstraat 71, bus 1

1040 Brussel

* **Als de aanvraag digitaal wordt gedaan (via IRISbox), kan de vragenlijst rechtstreeks in deze toepassing worden geüpload**
* **U kunt uw aanvraag ook per e-mail indienen op het volgende adres:** [**agrements-erkenningen@vivalis.brussels**](mailto:agrements-erkenningen@vivalis.brussels)

|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /  Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** | |

**AANVRAAG TOT SPECIFIEKE VERGUNNING TOT INGEBRUIKNEMING EN EXPLOITATIE VAN NIEUWE BEDDEN**

**Deel A**

1. **Algemeen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam van de instelling** |  |
| Erkenningsnummer - *indien gekend* |  |
| Adres |  |

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |
| Telefoon |  |
| Website |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identificatie van de inrichtende macht |  |
| Rechtsvorm |  |
| Ondernemingsnummer (KBO) |  |

1. **Gegevens van de directeur/coördinator van het PVT**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam |  |
| E-mail |  |
| Telefoon |  |

1. **Gegevens van de contactpersoon** *(indien verschillend van die van de directeur)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam |  |
| Functie |  |
| E-mail |  |
| Telefoon |  |

1. **Reden van de aanvraag**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aantal aangevraagde bedden**  en datum van ingebruikname **(schatting)** |  |
| Oorsprong van in gebruik te nemen bedden  Indien van toepassing, gelieve de overeenkomst voor bedoverdracht over te maken |  |
| Adres(sen) in kwestie- *indien meerdere reeds bestaande gebouwen - indien reeds gekend* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gelieve ons een kopie te sturen van het **institutionele project** van het PVT  Indien van toepassing, gelieve het (de) specifieke project(en) in kwestie te beschrijven |  |

**Deel B- Erkenningsnormen**

1. **Capaciteit / bezetting**

|  |  |
| --- | --- |
| Aantal erkende bedden |  |
| Aantal bedden in portefeuille |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aantal bewoners |  |
| Aantal gehospitaliseerde bewoners |  |
| Bezettingsgraad |  |

1. **Organisatienormen**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van gespecialiseerde arts(en) in neuropsychiatrie of psychiatrie die toezicht houdt op de PVT  Gelieve ook zijn RIZIV-nummer en werktijd (VTE) op te geven |  |
| Naam/namen en voornaam/voornamen van hoofdverpleegkundige(n)  Gelieve ook het visumnummer en de werktijd (VTE) van de betrokken personen op te geven |  |
| Naam, voornaam en werktijd (VTE) van de persoon die de coördinatiefunctie uitvoert |  |

*Vul de onderstaande tabel in met de voor- en achternaam, kwalificaties/opleidingen, visumnummer en werktijd van elke werknemer (inclusief werktijdverminderingen van 45+, 50+, 55+ en andere vrijstellingen van prestaties zoals langdurige ziekte, preventieve verwijderingen, enz.).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam en voornaam | Kwalificaties/opleidingen | Visumnummer- *indien van toepassing* | Werktijd (VTE) | Werktijdvermindering of andere vrijstelling van prestaties |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAAL** |  |  |

**Deel C**

* Hebt u opmerkingen over de gevraagde informatie?
* Hebt u nog andere elementen toe te voegen bij deze aanvraag?
* Gelieve de gevraagde documenten bij deze aanvraag te voegen.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en handtekening van de beheerder **Datum…………………………...** | Naam en handtekening van de directeur/coordinateur **Datum…………………………...** |