**VRAGENLIJST IN KADER VAN KAPPACONTROLE**

Gelieve dit document in te vullen en terug te bezorgen aan de verantwoordelijke van het Lokaal College op de dag van het bezoek.

**IDENTIFICATIE VAN DE ROB/RVT**

RIZIV-nummer:

Naam:

Adres:

**AANTAL PATIËNTEN PER CATEGORIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categorie** | **Aantal rechthebbenden op ……………………………………….[[1]](#footnote-1)** | **Aantal rechthebbenden op ……………………………………….[[2]](#footnote-2)** |
| ROB - O |  |  |
| ROB - A |  |  |
| ROB - B |  |  |
| ROB - C |  |  |
| ROB - Cdement |  |  |
| ROB - D |  |  |
| RVT - B |  |  |
| RVT - C |  |  |
| RVT - Cdement |  |  |

**CONTRACTUEEL OF STATUTAIR PERSONEEL PER KWALIFICATIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalificatie** | **Aantal FTE op ……………………………………….[[3]](#footnote-3)** |
| Verpleegkundigen A1 |  |
| Verpleegkundigen A2 |  |
| Verzorgenden |  |
| Kiné - Ergo - Logo |  |
| Reactivering |  |

Datum:

Handtekening van de verantwoordelijke:

1. datum van het aangetekend schrijven i.v.m. de aankondiging van het bezoek [↑](#footnote-ref-1)
2. datum van het bezoek, situatie vóór aanpassing categorieën door Lokaal College [↑](#footnote-ref-2)
3. datum van het bezoek [↑](#footnote-ref-3)