**Aanmeldformulier ‘Samenwerken in de wijk’**

**Naam wijk:**

**Omvang Inschrijvingen Op Naam verzekerden:**

*(peildatum 01-09 per kalenderjaar)*

**Naam coördinator/ 1e contactpersoon:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Deelnemende huisartsenpraktijk(-en)** | **Vestigingsplaats** | **AGB code**  **praktijk** | **% verdeling betaling** | **Inschrijvingen op naam verzekerden (ION) per praktijk** | **IBAN rekening nummer** |
| **1** |  |  |  | **%** |  |  |
| **2** |  |  |  | **%** |  |  |
| **3** |  |  |  | **%** |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

**Beoogde samenwerkende partners in de wijk:**

1.

2.

3.

4.

**Beoogde samenwerkende partners (fysiotherapeut, diëtist, zelfstandige eerstelijnspsycholoog, Specialist ouderengeneeskunde) in de wijk die hun deelname mogen declareren:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Deelnemende zorgverlener/instelling** | **Contactpersoon + functie** | **Vestigingsplaats (adres, postcode, plaatsnaam)** | **Praktijk AGB code** | **e-mailadres** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

De deelnemende huisartsenpraktijken dienen met de overige eerstelijns zorgverleners in de wijk - waarmee wordt samengewerkt om projecten te realiseren - een wijkscan en -plan op te stellen en een samenwerkingsovereenkomst overeen te komen. Medrie dient deze binnen drie maanden na de ondertekening van de deelname overeenkomst te ontvangen. Indien Medrie niet binnen deze termijn de genoemde stukken heeft ontvangen, is de onderhavige overeenkomst van rechtswege ontbonden en zal de daarmee verbonden financiering stoppen.

**Namens de deelnemende huisartsen van het praktijkteam**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de heer/mevrouw [naam invullen] de heer/mevrouw [naam invullen]

Huisartsenpraktijk [naam invullen] Huisartsenpraktijk [naam invullen]

Datum: Datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de heer/mevrouw [naam invullen] de heer/mevrouw [naam invullen]

Huisartsenpraktijk: [naam invullen] Huisartsenpraktijk: [naam invullen]

Datum: Datum: