|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jaarverslag van een huisartsenkring | ZG/WEL-HAK02-180117 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  |  **Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn**Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSEL**T** 02 553 35 58thomas.boeckx@zorg-en-gezondheid.be[www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Eerstelijn](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Eerstelijn) |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier kunt u het jaarverslag van een huisartsenkring indienen.*Wie vult dit formulier in?*De voorzitter van de huisartsenkring vult dit formulier in. |
|  |
|  | Identificatiegegevens |
|  |
| ****1**** | **Vul de gegevens van de huisartsenkring in.** |
|  | naam |       |
|  | erkenningsnummer |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | website |       |
|  | e-mailadres |       |
|  |
|  | Administratieve gegevens |
|  |
| ****2**** | **Welke gemeenten behoren tot de huisartsenkring?** |
|  |       |
|  |
| ****3**** | **Hoeveel huisartsen (exclusief HAIO’s) zijn lid van de huisartsenkring?** |
|  |       | huisartsen |
|  |
| ****4**** | **Hoeveel HAIO’s zijn er actief binnen de huisartsenzone?** |
|  |       | HAIO’s |
| ****5**** | **Hoeveel huisartsen (exclusief HAIO’s) hebben actief praktijk in de huisartsenzone?** |
|  |       | huisartsen |
| ****6**** | **Op welk werkingsjaar heeft dit jaarverslag betrekking?**  |
|  | 20 |    |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bekendmaken eerstelijnsgezondheidszorg en huisartsenwerking |
|  |
| ****7**** | **Welke is het voornaamste initiatief dat de huisartsenkring tijdens de laatste 2 werkjaren heeft genomen om de eerstelijnsgezondheidszorg en de huisartsenwerking bekend te maken?** |
|  |       |
|  |
| ****8**** | **Wat heeft de huisartsenkring als positief ervaren bij het implementeren van dit initiatief?** |
|  |       |
|  |
| ****9**** | **Wat zijn de grootste hinderpalen of knelpunten geweest bij het implementeren van dit initiatief?** |
|  |       |
|  |
| ****10**** | **Wat zou de huisartsenkring kunnen helpen om deze uitdagingen (nog) beter aan te pakken in de toekomst?** |
|  |       |
|  |
|  | Optimalisatie van de samenwerking |
|  |
| ****11**** | **Welke is het voornaamste initiatief dat de huisartsenkring tijdens de laatste 2 werkjaren heeft genomen om de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers te optimaliseren?** |
|  |       |
|  |
| ****12**** | **Wat heeft de huisartsenkring als positief ervaren bij het implementeren van dit initiatief?** |
|  |       |
|  |
| ****13**** | **Wat zijn de grootste hinderpalen of knelpunten geweest bij het implementeren van dit initiatief?** |
|  |       |
|  |
| ****14**** | **Wat zou de huisartsenkring kunnen helpen om deze uitdagingen (nog) beter aan te pakken in de toekomst?** |
|  |       |
|  |
|  | Toekomstvisie over de huisartsenkring en eerstelijnszone |
|  |
| ****15**** | **Welke is volgens u de toekomstige taak en/of rol van de huisartsenkring in het nieuwe organigram (eerstelijnszone, zorgraad, regionale zorgzone,…) van de eerstelijnszorg in Vlaanderen?** |
|  |       |
|  |
|  | Bij te voegen bewijsstukken: financieel jaarverslag) |
|  |
| 16 | **Een financieel jaarverslag volgens bijgevoegd sjabloon** |
|  | * [Download het sjabloon van onze website](https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-jaarverslag-indienen-als-huisartsenkring)
 |
|  |
|  | Ondertekening |
|  |
| 17 | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | **Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.****Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan Zorg en Gezondheid.** |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | functie |       |
|  |
|  | Aan wie en wanneer bezorgt u dit jaarverslag? |
|  |
| 18 | *Mail dit jaarverslag met de bijbehorende bewijsstukken uiterlijk op 31 mei naar* *thomas.boeckx@zorg-en-gezondheid.be**Als het niet mogelijk is om het ondertekende formulier per e-mail te bezorgen, stuur het dan op met de post naar de afdeling Woonzorg en Eerste Lijn van het Agentschap Zorg en Gezondheid. U vindt het adres bovenaan op dit formulier.* |