Declaratie waarnemend opleider huisartsenpost

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam | : | | BSN-nummer: | | | | Handtekening declarant: | | |
| Zelf huisartsopleider? | : JA / NEE | | Geboortedatum: | | | |
| Adres | : | | e-mailadres: | | | | Declaratie akkoord: [Naam opleidingsinstituut] | | |
| Woonplaats | : | |  | | | | Datum: | | |
| IBAN | : | |  | | | | Handtekening: | | |
| Ten name van | : | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
| **Datum waarneming** | |  | | | | **Naam aios** | | **Naam vaste huisartsopleider** | **Per dienst** |
|  | |  | | | |  | |  | € 100,00 |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | | | | **TOTAAL DECLARATIE** | | | |  |  |

Vergoeding 2023: € 100,00 per dienst van minimaal 5 uur voor de begeleiding van een aios op de huisartspost in plaats van diens vaste huisartsopleider.

Dit declaratieformulier is bedoeld voor de huisarts(opleider) die in verband met een calamiteit een aios van een andere huisartsopleider heeft begeleid. Het declaratieformulier dient ter accordering naar het opleidingsinstituut te worden gestuurd, ter attentie van de coördinator diensten. Het opleidingsinstituut accordeert de declaratie, bundelt de declaraties en stuurt ze maandelijks door naar SBOH. SBOH keert de vergoeding uit.  
  
11-2024