** Medisch-farmaceutisch overleg – Lokaal project**

**Model van een EVALUATIEverslag van een lokale vergadering**

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

**I – Identificatie van het project**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nummer van het project toegekend door het CEG :** |  |
| 1. **Benaming van het project :** |  |
| 1. **Projectteam :** |  |
| **2.1 Arts :** |  |
| * Naam : |  |
| * Functie : |  |
| * Volledig adres : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * E-mail adres(sen) : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Telefoonnummer : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| **2.2 Apotheker :** |  |
| * Naam : |  |
| * Functie : |  |
| * Volledig adres : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * E-mail adres(sen) : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Telefoonnummer : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Naam van de lokale apothekers-vereniging: | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| 1. **Naam van de verslaggever:** |  |
| 1. **Betaling :** |  |
| * Bankrekeningnummer en volledige benaming : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |
| * Naam en adres van de rekeninghouder : | (indien gewijzigd t.o.v. het vorige verslag) |

**II – Verslag van de evaluatievergadering**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Datum van de evaluatievergadering:** |  |
| 1. **Virtuele vergadering** | Ja/neen |
| 1. **Fysieke vergadering**   **Indien ja, plaats :** | Ja/neen |
| 1. **Genodigden :** |  |
| * Aantal artsen : |  |
| * Aantal apothekers : |  |
| 1. **Deelnemers** |  |
| * Aantal artsen : |  |
| * Aantal apothekers : |  |
| 1. **Gebruikte kwaliteitsindicator(en) : (zie ook uw vorige verslag)** | **a) uit het kwaliteitsbevorderende programma:** |
| **[b) andere kwaliteitsindicatoren: (FACULTATIEF)** |
| 1. **Identificatie van het erkend MFO programma waarop het project is gebaseerd :** |  |
| **6.1 Tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :** | Ja/neen |
| [verduidelijken aub] |
| **6.2 Gebruik van de logistiek van een erkend MFO programma (documenten, materiële hulp, animatie) :** | [verduidelijken aub] |
| 1. **Gebruikte geregistreerde gegevens :** | Ja/neen |
| [verduidelijken aub] |
| 1. **Andere gebruikte documentatie :** | Ja/neen |
| 1. **Evaluatie van het lokaal project**  * **resultaten op basis van de kwaliteitsindicatoren** * **beslissingen/besluiten** * **actiepunten** * **komt er nog een vervolg na deze evaluatie?** * **wordt het evaluatieverslag ruimer verspreid bij de artsen en apothekers in de regio die niet aanwezig waren?** * **…** |  |

**III - Handtekening**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (handtekening - naam – datum) (arts) | (handtekening - naam – datum) (apotheker) |