

[C - 22236]

[C - 22238]

**16 APRIL 1996. — Ministerieel besluit houdende vaststelling van het formulier voor de aanvraag van de erkenning door beoefenaars van de verpleegkunde tot het dragen van een bijzondere beroepstitel of om zich op een bijzondere beroepsbekwaming te beroepen**

De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,

Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, inzonderheid op de artikelen 35quater en 35sexies ingevoegd bij de wet van 19 december 1990;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 januari 1994 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwamingen voor de beoefenaars van de verpleegkunde;

Gelet op het koninklijk besluit van 20 mei 1994 tot vaststelling van de erkenningsprocedure waarbij beoefenaars van de verpleegkunde ertoe gemachtigd worden een bijzondere beroepstitel te dragen of zich op een bijzondere beroepsbekwaming te beroepen;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, §1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 16 juni 1989 en 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het ministerieel besluit van 16 april 1996 de criteria vaststelt voor erkenning van beoefenaars van de verpleegkunde als houders van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve en spoedgevallenzorg;

Overwegende dat bedoeld ministerieel besluit in werking treedt vanaf de dag dat het in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd wordt;

Overwegende dat de rechtszekerheid gebiedt dat de betrokkenen zo vroeg mogelijk op de hoogte worden gebracht van de modaliteiten volgens welke ze hun rechten kunnen doen gelden;

Overwegende bijgevolg dat het dringend noodzakelijk is het formulier vast te stellen aan de hand waarvan de beoefenaars die de erkenning wensen te verkrijgen waarbij ze gemachtigd worden een bijzondere beroepstitel te dragen of zich op een bijzondere beroepsbekwaming te beroepen, hun aanvraag om erkenning moeten indienen,

Besluit :

**Artikel 1.** De beoefenaar van de verpleegkunde die wenst erkend te worden als drager van een bijzondere beroepstitel of zich op een bijzondere beroepsbekwaming wenst te beroepen, moet zijn aanvraag indienen bij middel van het bij dit besluit gevoegd formulier.

**Art. 2.** De aanvrager dient per bijzondere beroepstitel of per bijzondere beroepsbekwaming een formulier in te dienen.

**Art. 3.** De aanvragen om erkenning bij de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, dienen per aangetekend schrijven te worden gericht aan volgend adres: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorgen, Dienst voor het verpleegkundig, het verloskundig en het paramedisch personeel, Sectie verpleegkundigen, Rijksadministratief Centrum, Vesaliusgebouw, 5<sup>de</sup> verdieping te 1010 Brussel.

**Art. 4.** Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 16 april 1996.

M. COLLA

**16 AVRIL 1996. — Arrêté ministériel établissant le formulaire de demande de l'agrément autorisant des praticiens de l'art infirmier à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière**

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, notamment les articles 35quater et 35sexies, insérés par la loi du 19 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier;

Vu l'arrêté royal du 20 mai 1994 fixant la procédure d'agrément autorisant des praticiens de l'art infirmier à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, §1<sup>er</sup>, modifié par les lois des 9 août 1980, 16 juin 1989 et 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant que l'arrêté ministériel du 16 avril 1996 fixe les critères relatifs à l'agrément des praticiens de l'art infirmier comme porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence;

Considérant que l'arrêté ministériel précité entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*;

Considérant que la sécurité juridique impose que les intéressés soient informés le plus tôt possible des modalités suivant lesquelles ils peuvent faire valoir leurs droits;

Considérant par conséquent qu'il est urgent de déterminer le formulaire au moyen duquel les praticiens désireux d'obtenir l'agrément leur permettant de porter un titre professionnel particulier ou de se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière, doivent introduire leur demande d'agrément,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le praticien de l'art infirmier désireux d'être agréé en tant que porteur d'un titre professionnel particulier ou de se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière doit introduire sa demande au moyen du formulaire annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** Le demandeur doit introduire un formulaire par titre professionnel particulier ou par qualification professionnelle particulière.

**Art. 3.** Les demandes d'agrément adressées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions doivent parvenir par lettre recommandée à l'adresse suivante: Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Service des personnels infirmier, obstétrical et paramédical, Section praticiens de l'art infirmier, Cité administrative de l'Etat, Quartier Vésale, 5<sup>ème</sup> étage, 1010 Bruxelles.

**Art. 4.** Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 16 avril 1996.

M. COLLA

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

[ F — 22238 ]

Bestuur van de Gezondheidszorgen  
R.A.C. - Vesaliusgebouw - 5<sup>e</sup> verdieping - 1010 Brussel

Verpleegkundigen

FORMULIER TOT AANVRAAG OF VERLENGING VAN EEN ERKENNING  
MET BETREKKING TOT EEN BIJZONDERE BEROEPSTITEL  
OF EEN BIJZONDERE BEROEPSBEKWAMING

Eén formulier per aanvraag  
(in drukletters a.u.b.)

Aangetekend versturen

**I. DOOR DE AANVRAGER IN TE VULLEN**

1. EERSTE AANVRAAG OM ERKENNING.

1.1. IDENTIFICATIEGEGEVENS VAN DE AANVRAGER.

Naam : .....  
 Voornamen : .....  
 Straat en nr. : .....  
 Postnummer : ..... Gemeente : .....  
 Land : .....  
 Tel. : ..... Fax : .....  
 Geslacht :  Vrouw  Man  
 Geboortedatum (dag, maand, jaar) : .....  
 Geboorteplaats : .....  
 Geboorteland : .....  
 Nationaliteit : .....  
 Taal : .....  
 Visumnummer Geneeskundige Commissie : .....  
 Nummer Rijksregister : .....

1.2. TYPE AANVRAAG.

bijzondere beroepstitel : .....  
 bijzondere beroepsbekwaming : .....

1.3. GENOTEN OPLEIDING.

1.3.1. BASISOPLEIDING :

Soort	Duur	Periode
<input type="radio"/> brevet van ziekenhuisverpleger of ziekenhuisverpleegster		
<input type="radio"/> brevet van psychiatrische verpleger of psychiatrische verpleegster		
<input type="radio"/> diploma van gegradueerde ziekenhuisverpleger of gegradueerde ziekenhuisverpleegster		
<input type="radio"/> diploma van gegradueerde sociale verpleger of gegradueerde sociale verpleegster		
<input type="radio"/> diploma van gegradueerde kinderverpleger of gegradueerde kinderverpleegster		
<input type="radio"/> diploma van gegradueerde psychiatrische verpleger of gegradueerde psychiatrische verpleegster		
<input type="radio"/> diploma van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster		
<input type="radio"/> diploma van vroedvrouw		
<input type="radio"/> anderen		

— Bewijsstukken : voor eensluidend verklaarde kopie van diploma, brevet of attest toe te voegen.

Naam van de aanvrager : .....

Voornamen : .....

### 1.3.2. BIJKOMENDE OPLEIDING OF SPECIALISATIE :

- Soort : .....
- Duur : .....
- Periode (begin en einde) : .....
- Adres opleidingsinstituut : .....
- .....
- .....
- .....
- Programma (theoretisch gedeelte + gedeelte professionele ervaring) toe te voegen.
- Bewijsstukken : voor eensluidend verklaarde kopie van diploma, brevet of attest toe te voegen.
- Per bijkomende opleiding dient module 1.3.2. telkens te worden ingevuld.

### 1.4. PLAATS VAN TEWERKSTELLING OP HET OGENBLIK VAN DE AANVRAAG

- Benaming + adres : .....
- .....
- Type :
 

<input type="radio"/> ziekenhuis	<input type="radio"/> rustoord
<input type="radio"/> R.V.T.	<input type="radio"/> thuisverpleging
<input type="radio"/> P.V.T.	<input type="radio"/> andere
<input type="radio"/> polikliniek	welke ? .....
- Dienst : .....
- Aanvrager oefent de functie van .....
- uit sinds .....
- Voltijds equivalent (FTE) : ..... uren/week.
- Attest van de werkgever toe te voegen.

Datum (dag, maand, jaar) : .....

Naam + voornamen (in hoofdletters) : .....

Handtekening

Naam van de aanvrager : .....  
 Voornamen : .....

## 2. VERLENGING VAN DE ERKENNING.

### 2.1. IDENTIFICATIEGEGEVENS VAN DE AANVRAGER.

Naam : .....  
 Voornamen : .....  
 Straat en nr. : .....  
 Postnummer : ..... Gemeente : .....  
 Land : .....  
 Tel. : ..... Fax : .....  
 Geslacht :     Vrouw     Man  
 Geboortedatum (dag, maand, jaar) : .....  
 Geboorteplaats : .....  
 Geboorteland : .....  
 Nationaliteit : .....  
 Taal : .....  
 Visumnummer Geneeskundige Commissie : .....  
 Nummer Rijksregister : .....

### 2.2. PERMANENTE OPLEIDING :

— Soort :  
 1° jaar : .....  
 2° jaar : .....  
 3° jaar : .....  
 4° jaar : .....  
 5° jaar : .....  
 6° jaar : .....  
 — Duur (aantal uren/jaar) :  
 1° jaar : .....  
 2° jaar : .....  
 3° jaar : .....  
 4° jaar : .....  
 5° jaar : .....  
 6° jaar : .....  
 — Adres opleidingsinstituut : .....  
 1° jaar : .....  
 2° jaar : .....  
 3° jaar : .....  
 4° jaar : .....  
 5° jaar : .....  
 6° jaar : .....

— Bewijsstukken : voor eensluidend verklaarde kopie toe te voegen.

**2.3. PLAATS VAN TEWERKSTELLING OP HET OGENBLIK VAN DE AANVRAAG VOOR VERLENGING VAN DE ERKENNING.**

- Benaming + adres : .....
- Type :
 

<input type="checkbox"/> ziekenhuis	<input type="checkbox"/> rustoord
<input type="checkbox"/> R.V.T.	<input type="checkbox"/> thuisverpleging
<input type="checkbox"/> P.V.T.	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> polikliniek	welke ? .....
- Dienst : .....
- Aanvrager oefent de functie van .....
- uit sinds .....
- Voltijds equivalent (FTE) : ..... uren/week.
- Attest van de werkgever toe te voegen.

Datum (dag, maand, jaar): ..... Naam + voornamen (in hoofdletters) : .....

Handtekening

**II. VOORBEHOUDEN VOOR DE ADMINISTRATIE**

Naam van de aanvrager : .....  
Voornamen : .....

1. AANVRAAG OM ERKENNING :
2. AANVRAAG VOOR VERLENGING VAN DE ERKENNING :
3. Aanvraag ontvangen op :  
Datum : ..... (dag, maand, jaar)
4. Advies Nationale Raad voor Verpleegkunde :  
Datum : ..... (dag, maand, jaar)  
 Positief  Negatief  
Motivering : .....
5. Ministerieel besluit :  
d.d. .... (dag, maand, jaar)
6. Aanvang erkenning :  
Datum ..... (dag, maand, jaar)
7. Einde erkenning :  
Datum ..... (dag, maand, jaar)
8. Code : .....
9. Erkenningsnummer : .....

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 16 april 1996.

De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,  
M. COLLA.

**MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

Administration des Soins de Santé  
C.A.E. - Quartier Vésale - 5<sup>e</sup> étage - 1010 Bruxelles

Praticiens de l'art infirmier

**FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE PROROGATION D'AGREMENT  
CONCERNANT UN TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER  
OU UNE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE PARTICULIERE**

Un formulaire par demande  
(en lettres majuscules s.v.p.)

A envoyer par lettre recommandée

**I. A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR**

**1. PREMIERE DEMANDE D'AGREMENT.**

**1.1. DONNEES D'IDENTIFICATION DU DEMANDEUR.**

Nom : .....  
 Prénoms : .....  
 Rue et n° : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Pays : .....  
 Tél. : ..... Fax : .....  
 Sexe :  Femme  Homme  
 Date de naissance (jour, mois, année) : .....  
 Lieu de naissance : .....  
 Pays natal : .....  
 Nationalité : .....  
 Langue : .....  
 Numéro de visa de la Commission médicale : .....  
 Numéro de Registre national : .....

**1.2. TYPE DE DEMANDE.**

titre professionnel particulier : .....  
 .....  
 qualification professionnelle particulière : .....  
 .....

**1.3. FORMATION REÇUE.**

**1.3.1. FORMATION DE BASE :**

Type	Durée	Période
<input type="radio"/> brevet d'infirmier hospitalier ou d'infirmière hospitalière		
<input type="radio"/> brevet d'infirmier psychiatrique ou d'infirmière psychiatrique		
<input type="radio"/> diplôme d'infirmier gradué hospitalier ou d'infirmière graduée hospitalière		
<input type="radio"/> diplôme d'infirmier gradué social ou d'infirmière graduée sociale		
<input type="radio"/> diplôme d'infirmier gradué de pédiatrie ou d'infirmière graduée de pédiatrie		
<input type="radio"/> diplôme d'infirmier gradué psychiatrique ou d'infirmière graduée psychiatrique		
<input type="radio"/> diplôme d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée		
<input type="radio"/> diplôme d'accoucheuse		
<input type="radio"/> autres		

— Joindre les pièces justificatives suivantes: copie du diplôme, du brevet ou de l'attestation, certifiée conforme.

Nom du demandeur : .....
Prénoms : .....

**1.3.2. FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPECIALISATION :**

- Type : .....
- Durée : .....
- Période (début et fin) : .....
- Adresse de l'institut de formation : .....
- .....
- .....
- .....
- Joindre le programme (partie théorique + expérience professionnelle).
- Joindre les pièces justificatives suivantes: copie du diplôme, du brevet ou de l'attestation, certifiée conforme.
- Par formation complémentaire, il convient de compléter à chaque fois le module 1.3.2.

**14. LIEU DE TRAVAIL AU MOMENT DE LA DEMANDE.**

- Nom + Adresse : .....
- .....
- .....
- Type :                     hôpital                     maison de repos
- M.R.S.                     soins à domicile
- M.S.P.                     autre
- polyclinique            lequel ? .....
- .....
- Service : .....
- Le demandeur exerce la fonction de .....
- depuis .....
- Equivalent temps plein (ETP): ..... heures/semaine.
- Joindre l'attestation de l'employeur.

Date (jour, mois, année): .....                    Nom + prénoms (en lettres majuscules): .....

Signature

Nom du demandeur : .....  
 Prénoms : .....

## 2. PROROGATION DE L'AGREMENT.

### 2.1. DONNEES D'IDENTIFICATION DU DEMANDEUR.

Nom : .....  
 Prénoms : .....  
 Rue et n° : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Pays : .....  
 Tél. : ..... Fax : .....  
 Sexe :  Femme  Homme  
 Date de naissance (jour, mois, année) : .....  
 Lieu de naissance : .....  
 Pays natal : .....  
 Nationalité : .....  
 Langue : .....  
 Numéro de visa de la Commission médicale : .....  
 Numéro de Registre national : .....

### 2.2. FORMATION PERMANENTE.

— Type :  
 1<sup>o</sup> année : .....  
 2<sup>o</sup> année : .....  
 3<sup>o</sup> année : .....  
 4<sup>o</sup> année : .....  
 5<sup>o</sup> année : .....  
 6<sup>o</sup> année : .....  
 — Durée (nombre d'heures/année) :  
 1<sup>o</sup> année : .....  
 2<sup>o</sup> année : .....  
 3<sup>o</sup> année : .....  
 4<sup>o</sup> année : .....  
 5<sup>o</sup> année : .....  
 6<sup>o</sup> année : .....  
 — Adresse de l'institut de formation : .....  
 1<sup>o</sup> année : .....  
 2<sup>o</sup> année : .....  
 3<sup>o</sup> année : .....  
 4<sup>o</sup> année : .....  
 5<sup>o</sup> année : .....  
 6<sup>o</sup> année : .....

— Joindre les pièces justificatives suivantes: copie certifiée conforme.



**2.3. LIEU DE TRAVAIL AU MOMENT DE LA DEMANDE DE PROROGATION DE L'AGREMENT.**

- Nom + Adresse : .....
- Type :
 

<input type="radio"/> hôpital	<input type="radio"/> maison de repos
<input type="radio"/> M.R.S.	<input type="radio"/> soins à domicile
<input type="radio"/> M.S.P.	<input type="radio"/> autre
<input type="radio"/> polyclinique	lequel ? .....
- Service : .....
- Le demandeur exerce la fonction de .....
- depuis .....
- Equivalent temps plein (ETP) : .....heures/semaine.
- Joindre l'attestation de l'employeur.

Date (jour, mois, année): ..... Nom + prénoms (en lettres majuscules): .....

Signature

**II. RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Nom du demandeur : .....  
Prénoms : .....

1. DEMANDE D'AGREMENT :
2. DEMANDE DE PROROGATION DE L'AGREMENT :
3. Demande reçue le :  
Date : ..... (jour, mois, année)
4. Avis du Conseil national de l'art infirmier :  
Date : ..... (jour, mois, année)  
 Positif  Négatif  
Motivation : .....
5. Arrêté ministériel  
du ..... (jour, mois, année)
6. Début de l'agrément :  
Date ..... (jour, mois, année)
7. Fin de l'agrément :  
Date ..... (jour, mois, année)
8. Code : .....
9. Numéro d'inscription : .....

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 16 avril 1996.

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,  
M. COLLA.