

AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

Vlaamse sociale bescherming
www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?

Dit document dient ingevuld te worden om een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel te kunnen ontvangen.

Wie ondertekent dit document?

De behandelend arts van de persoon die een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wenst te ontvangen vult het document in en ondertekent het document.

Belangrijke informatie in geval de gebruiker lijdt aan een snel degeneratieve aandoening.

- Een manuele rolstoel kan enkel voorgeschreven worden door een neuroloog of een gespecialiseerd rolstoeladviesteam
- Voor een elektronische rolstoel of scooter moet een rolstoeladviesrapport opgemaakt worden door een gespecialiseerd rolstoeladviesteam

Aan wie bezorgt u dit document?

Met dit document kan de persoon zich wenden tot een orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen naar keuze. De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen kan de aanvraag digitaal indienen bij de zorgkas.

Luik A: identificatie van de persoon

1 Vul hieronder de gegevens in van de persoon waarvoor het medisch voorschrift wordt opgemaakt

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

rijksregisternummer

geboortedatum dag maand Jaar

2 Lijdt de gebruiker aan een snel degeneratieve aandoening?

Onder snel degeneratieve aandoening wordt verstaan: amyotrofe lateraal sclerose, primaire lateraal sclerose, progressieve spinale musculaire atrofie, multisysteem atrofie of een aandoening die hiermee gelijkgesteld kan worden.

- Ja: ga naar vraag 3b
- Nee: ga naar vraag 3a

Mobiliteitshulpmiddel

3a Welk mobiliteitshulpmiddel heeft de gebruiker nodig?

In te vullen door elke behandelende arts.

- Loophulpmiddel
- Manuele rolstoel
- Elektronische rolstoel (rolstoeladviesrapport verplicht)
- Elektronische scooter (rolstoeladviesrapport en medisch voorschrift verplicht)
- Drie-of vierwiel fiets (voor zitdriewiel fiets rolstoeladviesrapport verplicht)
- Rolstoel onderstel voor zitschaal of modulair aanpasbaar zitsysteem (rolstoeladviesrapport verplicht)
- Stasysteem (rolstoeladviesrapport verplicht)
- Zitkussen tegen doorzitwonden
- Aanpassing van een bestaand mobiliteitshulpmiddel: *Motiveer:*
- Andere: *Specificeer:*

3b Welk mobiliteitshulpmiddel heeft de gebruiker met een snel degeneratieve aandoening nodig?

Enkel in te vullen door een neuroloog of de arts van het gespecialiseerd rolstoeladviesteam.

- Manuele rolstoel, *specificeer:*

4 Betreft het een eerste aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel?

- Ja
- Nee

5 Is het gebruik definitief?

- Ja, de noodzaak tot gebruik van de rolstoel is definitief
- Nee, het gebruik zal slechts tijdelijk zijn of korter dan de hernieuwingstermijn van het mobiliteitshulpmiddel

6 Wat zal de vermoedelijke frequentie van gebruik zijn van het gevraagde mobiliteitshulpmiddel?

- Occasioneel gebruik
- Dagelijks gebruik
- Permanent gebruik/volledig rolstoel gebonden

Luik C: diagnose en huidige medische situatie

7 Zijn de beperkingen het gevolg van een ongeval?

- Ja
 Nee

8 Heeft de persoon een beroep gedaan op locomotorische of neurologische revalidatie gedurende de afgelopen maand?

Met revalidatie wordt bedoeld: het betreft een recent medisch voorval, dat aanleiding geeft gegeven tot het ontstaan of de verergering van mobiliteitsbeperkingen die het gevolg zijn van een locomotorische of neurologische problematiek en de evolutie van de beperkingen is nog niet gestabiliseerd.

- Ja
 Nee

9 Is de persoon momenteel gehospitaliseerd in een ziekenhuis?

Met ziekenhuis wordt bedoeld: algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis, m.u.v. psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

- Ja: ga naar vraag 10
 Nee: ga naar vraag 11

10 Is de ontslagregeling gekend of is er in het revalidatieplan sprake van een voorbereiding van ontslag?

- Ja
 Nee

11 Wat is de diagnose en de omschrijving van de huidige medische situatie?

*U kunt ook een recent of geactualiseerd medisch verslag in bijlage toevoegen.
In geval van unilaterale aandoening, links of rechts specificeren.*

Luik D: globale beschrijving van de functionele beperkingen van de gebruiker

12 Betreft het een aanvraag voor een aanpassing aan een vroeger afgeleverd mobiliteitshulpmiddel?

- Ja: ga naar vraag 14
 Nee: ga naar vraag 13

13 Indiceer de functionele beperkingen van de persoon van een zorgbehoefte aan de hand van ICF.

Voor een aanvraag betreffende een loophulpmiddel, enkel rubrieken a, b en c invullen.

De beperking van de mobiliteit van gebruikers moet geëvalueerd worden aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF - WHO).

ICF typeringen (meer bepaald de ernst van functionele beperkingen)

0 = GEEN beperking of participatieprobleem	geen, afwezig, verwaarloosbaar	0-4%
1 = LICHTE beperking of participatieprobleem	gering, laag	5-24%
2 = MATIGE beperking of participatieprobleem	tamelijk	25-49%
3 = ERNSTIGE beperking of participatieprobleem	hoog, sterk, aanzienlijk	50-95%
4 = VOLLEDIGE beperking of participatieprobleem	totaal	96-100%
8 = niet gespecificeerde beperking of participatieprobleem		
9 = niet van toepassing		

Funcities / Activiteiten en Participatie	Typering ICF	Globale beschrijving en motivering
a) Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand tot 1000m) ICF/d4500 / d4600		<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
b) Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand meer dan 1000m) ICF/d4501 / d4602		<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
c) Handhaven van staande houding (enige tijd) ICF/d4154		<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>
d) Gebruiken van hand en arm in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465		de gebruiker kan zich zelfstandig en op regelmatige basis opduwen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee kan zelfstandig veranderen van houding <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee kan een manuele rolstoel zelfstandig bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <u>opmerkingen</u>
Funcie van de bovenste ledematen of van het bovenste lidmaat wanneer slechts 1 functioneel bovenste lidmaat		de gebruiker kan een elektronische scooter besturen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <u>opmerkingen</u> Bijkomend bij een aanvraag betreffende een elektronische scooter.

e) Uitvoeren van transfers (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420		<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>
f) Handhaven van zittende houding (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153		<input type="checkbox"/> kan zelfstandig zitten in de rolstoel <input type="checkbox"/> de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen <input type="checkbox"/> totaal passieve zithouding <u>opmerkingen</u>
g) Cognitieve functies CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176		<input type="checkbox"/> geen cognitieve problemen <input type="checkbox"/> lichte beperking van de cognitieve functies <input type="checkbox"/> matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies <u>opmerkingen</u>

Luik E: bijkomende inlichtingen

14 Bijkomende inlichtingen in het kader van de aanvraag.

Facultatief in te vullen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Houdingsanomalieën | <input type="checkbox"/> Problemen aan het zitvlak of de stuit |
| <input type="checkbox"/> Oedeemvorming | <input type="checkbox"/> Incontinentie |
| <input type="checkbox"/> Huidproblemen, doorzitwonden | <input type="checkbox"/> Eetstoornissen |
| <input type="checkbox"/> Gevoelstoornissen | <input type="checkbox"/> Stoornissen van het ademhalingsstelsel |
| <input type="checkbox"/> Stoornissen van hart of bloedvaten | |
| <input type="checkbox"/> Andere: <i>specificeer:</i> | |

Ondertekening

15 Vul de onderstaande verklaring in.

Ondergetekende, arts, verklaart hierbij dat de persoon, vermeld in luik A, ten gevolge van functionele en/of anatomische stoornissen, beperkingen in de mobiliteit vertoont. Hierdoor zijn er voor deze persoon problemen voor participatie aan het maatschappelijk leven. De persoon dient hiervoor definitief een gepast mobiliteitshulpmiddel te bekomen.

datum dag maand Jaar

handtekening

voor- en achternaam

Stempel