

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN

Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld.

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen verstrekker.

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevler ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende:

Geboortedatum:.....

Adres (domicilie):

Identificatienummer Sociale Zekerheid (INSZ):.....

Ziekenfonds (naam of nummer):.....

Als de rechthebbende verblijft in een ROB of RVT

Naam van de instelling:

RIZIV nummer van de instelling:

Adres van de instelling:

1. VOORSCHRIFT

In te vullen door de arts

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat
(naam en voornaam van de rechthebbende) ten gevolge van functionele en/of anatomische stoornissen, beperkingen in de mobiliteit vertoont. Hierdoor zijn er voor de rechthebbende problemen van participatie aan het maatschappelijk leven. De rechthebbende dient hiervoor definitief een gepast mobiliteitshulpmiddel te bekomen:

VERSTREKKING VOLGENS DE NOMENCLATUUR:

Loophulpmiddel

Rolstoel: manueel/elektronische rolstoel/elektronische scooter (*facultatief te specificeren*)

Rolstoel onderstel voor zitschaal

Orthopedische driewiel fiets

Modulair aanpasbaar systeem ter ondersteuning van de zithouding

Statoestel

Aanpassing aan een vroeger afgeleverd mobiliteitshulpmiddel

Andere (bv. maatwerk):

.....

3. GLOBALE BESCHRIJVING VAN DE FUNCTIONALITEIT VAN DE RECHTHEBBENDE

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

Voor een aanvraag betreffende een aanpassing aan een vroeger afgeleverd mobiliteitshulpmiddel of in geval van voortijdige hernieuwing van anti-decubitus kussen, ga rechtstreeks naar punt 5.

In het medisch voorschrift omschrijft de voorschrijvende arts op basis van de diagnose de mate of omvang van de functionele en/of anatomische stoornissen van de rechthebbende en de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen die hiervan het gevolg zijn. Hiervoor beschrijft hij een aantal functies van het bewegingssysteem in detail op basis van het ICF–typeringssysteem. Aan de hand daarvan bepaalt hij voor elke functie de typering. (*)

ICF typering (meer bepaald de graad 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

De globale beoordeling van de verschillende functies bepaalt uiteindelijk of de rechthebbende in aanmerking komt voor het voorgestelde mobiliteitshulpmiddel.

(*) Bijkomende informatie is te bekomen op de website www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

FUNCTIES/ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE

Alle rubrieken zijn verplicht in te vullen!

a. Zich **binnenshuis verplaatsen** (lopen van korte afstand) ICF/d4500 / d4600

Typering : []

[] geen moeilijkheid

[] mits nemen van steun

[] Mits loophulp

[] Mits hulp en ondersteuning van een persoon

[] Verplaatsing zonder hulp zijn moeilijk of onmogelijk

Opmerkingen

.....

b. Zich **buitenshuis verplaatsen** (lopen van lange afstand) ICF/d4501 / d4602

Typering : []

[] geen moeilijkheid

[] mits nemen van steun

[] Mits loophulp

[] Mits hulp en ondersteuning van een persoon

Verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk

Opmerkingen

.....

.....

c. Handhaven van **staande houding** (enige tijd) ICF/d4154

Typering :

- geen moeilijkheid
- mits nemen van steun
- Mits loophulp en ondersteuning van een persoon
- zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp

Opmerkingen

.....

.....

d. Gebruiken van **hand en arm** in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465

Typering :

- Kan zich zelfstandig en op regelmatige basis opduwen
 ja neen
- Kan zelfstandig veranderen van houding
 ja neen
- Kan een manuele rolstoel zelfstandig bedienen
 ja neen

Opmerkingen

.....

.....

Functie van de bovenste ledematen of van het bovenste lidmaat wanneer slechts 1 functioneel bovenste lidmaat

Bijkomend in te vullen voor een aanvraag betreffende een elektronische scooter

- Kan een elektronische scooter besturen
 ja neen

Opmerkingen

.....

.....

e. Uitvoeren van **transfers** (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420

Typering :

- geen moeilijkheid
- mits nemen van steun
- Mits hulp en ondersteuning van een persoon

zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp

Opmerkingen

.....

f. Handhaven van **zittende houding** (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153

Typering :

kan zelfstandig zitten in de rolstoel

de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen

totaal passieve houding

Opmerkingen

.....

g. **Cognitieve functies** CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176

Typering :

geen cognitieve problemen

lichte beperking van de cognitieve functies

matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies

Opmerkingen

.....

4. BIJKOMENDE INLICHTINGEN

Facultatief in te vullen

houdingsanomalieën

eetstoornissen

problemen aan het zitvlak of de stuit

gevoelsstoornissen

oedeemvorming

stoornissen van het ademhalingsstelsel

incontinentie

stoornissen van hart of bloedvaten

huidproblemen, doorzitwonden

andere:

5. MOTIVERING INDIEN EEN AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITSHULPMIDDEL GEVRAAGD WORDT OF IN GEVAL VAN VOORTIJDIGE HERNIEUWING VAN ANTI-DECUBITUS KUSSEN

Welke zijn de functionele beperkingen die bijkomende aanpassingen noodzakelijk maken?

Welke zijn de wijzigingen die de voortijdige hernieuwing van het anti-decubitus kussen noodzakelijk maken?

.....

Nomenclatuur van mobiliteitshulpmiddelen.

.....

6. EVENTUELE BIJKOMENDE OPMERKINGEN

.....

Datum:

Stempel met RIZIV-nummer van de voorschrijvende arts:

Handtekening van de voorschrijvende arts:

.....

VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende

GEBRUIKSDOEL VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL:

voor occasionele verplaatsingen

voor beperkt gebruik per dag

voor dagelijks langdurig gebruik

voor gebruik in het huishouden

om deel te nemen aan het gezins- en/of sociale leven

om te werken of een opleiding te volgen

om deel te nemen aan sport en ontspanning

als zitplaats in een voertuig

andere:

.....

FACTOREN DIE HET GEBRUIK VAN EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL BEÏNVLOEDEN. (*Facultatief in te vullen.*)

Globale beschrijving van de gegevens die relevant zijn voor de beoordeling van de aanvraag.

Bijzonderheden van de woonomgeving:.....
.....

Bijzonderheden bij opleiding, vorming of scholing:.....
.....

Bijzonderheden van de werkomgeving:.....
.....

Sociale activiteiten:
.....

Andere:
.....

Datum:

Handtekening van de rechthebbende
(of de wettelijke vertegenwoordiger):