|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Testrapport voor een mobiliteitshulpmiddel | TR versie 2 – 20 maart 2019 |
|  | | /////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | |
|  | **Vlaamse sociale bescherming**  [www.vlaamsesocialebescherming.be](http://www.vlaamsesocialebescherming.be) | | |
|  | | Waarvoor dient dit document?  Met behulp van dit document maakt de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen een rapport van de test van het mobiliteitshulpmiddel in de woon- en leefomgeving van de gebruiker.  Wie ondertekent dit document?  Het document wordt ondertekend door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die door de gebruiker is aangeduid om een aanvraag in naam van de gebruiker in te dienen.  Aan wie bezorgt u dit document?  De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen dient dit document digitaal in bij de zorgkas van de gebruiker. Dit document moet bewaard blijven bij de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen. | |
|  | | | |
|  | | **Luik A: identificatie van de gebruiker** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens in van de gebruiker waarvoor het testrapport wordt opgemaakt.** | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer |  | | | | | | | | |
|  | e-mailadres |  | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer |  | |  |  |  |  |  | | |
|  | geboortedatum | dag |  | | maand | |  | jaar |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | **Luik B: identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en onderneming** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **2** | **Vul hieronder de gegevens in van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming.** | |
|  | erkenningsnummer |  |
|  | voor- en achternaam |  |
|  | naam van de onderneming |  |
|  | KBO nummer |  |
|  | **adres van de onderneming** |  |
|  | straat en nummer |  |
|  | postnummer en gemeente |  |
|  | telefoonnummer |  |
|  | e-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Test uitgevoerd van een elektronische rolstoel.**   |  |  | | --- | --- | |  | Elektronische rolstoel binnen | |  | Elektronische rolstoel binnen/buiten | |  | Elektronische rolstoel buiten | |  | Geteste rolstoelen: merk en type + productcode vermelden | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | **Test uitgevoerd van een elektronische scooter.**   |  |  | | --- | --- | |  | Elektronische scooter binnen | |  | Elektronische scooter binnen/buiten | |  | Elektronische scooter buiten | |  | Geteste scooters: merk en type + productcode vermelden | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | **Test uitgevoerd in:**   |  |  | | --- | --- | |  | Woon- en leefomgeving | |  | Instelling | |  | Werksituatie | |  | Andere | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | **Specificaties gebruiksdoel en woonomgeving**   |  | | --- | | Gebruik:  eerste gebruik  reeds ervaring | | Gebruiksdoel:  binnenshuis  buitenshuis  korte afstand  lange afstand  sociaal leven/vrije tijd  boodschappen  werk/opleiding  sport | | Gebruiksfrequentie:  permanent  dagelijks  meerdere dagen per week | | Gebruiksduur:  gedurende korte periodes  gedurende langere periodes | | Handfunctie:  onvoldoende  voldoende  goed  niet van toepassing | | Speciale besturingssystemen: | | Rijvaardigheid:  onvoldoende  voldoende  goed | | Inzicht in het gebruik:  onvoldoende  voldoende  goed | | Inzicht in het verkeer:  onvoldoende  voldoende  goed | | Transfer in en uit:  zelfstandig  met hulp | | Opladen batterijen:  zelfstandig  met hulp | | Toegankelijkheid woning:  zelfstandig  met hulp van derden  via garage/deur | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7** | Specificaties woonomgeving   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8** | Bijkomende opmerkingen   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9** | Opmerkingen van de gebruiker (facultatief)   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10** | Motivering van de keuze   |  | | --- | | Gekozen mobiliteitshulpmiddel:  Motivering: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11** | **Ondertekening door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen.** | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dit document voor te leggen aan de zorgkas van de gebruiker in het kader van een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel.  Het voorgestelde mobiliteitshulpmiddel voldoet aan essentiële eisen van het KB van 18/03/1999 betreffende de medische hulpmiddelen, bijlage I. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12** | **Ondertekening door gebruiker of vertegenwoordiger.** | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dat ik het mobiliteitshulpmiddel hebben kunnen testen, zoals omschreven in dit rapport. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |