# **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 klever ziekenfonds.*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de rechthebbende |  |
| Geboortedatum | □□ / □□ / □□□□ |
| Adres (domicilie) |  |
| Identificatienummer van de 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 voorschrijvende 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**  |
| [ ]  loophulpmiddel |   |
| [ ]  rolstoel: manueel/ elektronische rolstoel/ elektronische scooter (*facultatief te specifiëren*) | [ ]  rolstoel onderstel voor zitschaal |
| [ ]  orthopedische driewielfiets | [ ]  modulair aanpasbaar systeem ter ondersteuning van de zithouding |
| [ ]  statoestel | [ ]  aanpassing aan een vroeger afgeleverd mobiliteitshulpmiddel |
| [ ]  andere ( bvb. maatwerk): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Het betreft een | [ ]  eerste aanvraag | [ ]  hernieuwing |
| Het gebruik is | [ ]  tijdelijk | [ ]  definitief |
| Het gebruik is noodzakelijk | [ ]  een beperkt deel van de dag[ ]  permanent | [ ]  een belangrijk deel van de dag |

#### 2. diagnose en huidige medische situatie

|  |
| --- |
| **Aanvangsdatum** *van de aandoening of gebeurtenis aan de basis van de handicap*.De handicap is het gevolg van een ongeval [ ]  JA [ ]  NEEN |
| Diagnose en omschrijving van de huidige medische situatie.*Of een recent/geactualiseerd medisch verslag in bijlage toevoegen.**In geval van unilaterale aandoening, links of rechts specifiëren.* |
| **Prognose (met betrekking tot de mobiliteit)***Op korte termijn:**Op 5 jaar:* |

#### 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 typeringen (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**

*Alle rubrieken zijn verplicht in te vullen!*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Functies / Activiteiten en participatie** | **Typering** | **Globale beschrijving en motivering** |
| 1. Zich **binnenshuis verplaatsen**

(lopen van korte afstand)ICF/d4500 / d4600 | 🞎 | [ ]  geen moeilijkheid[ ]  mits nemen van steun[ ]  mits loophulp[ ]  mits hulp en ondersteuning van een persoon[ ]  verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk*opmerkingen* |
| 1. Zich **buitenshuis verplaatsen**

(lopen van lange afstand)ICF/d4501 / d4602 | 🞎 | [ ]  geen moeilijkheid[ ]  mits nemen van steun[ ]  mits loophulp[ ]  mits hulp en ondersteuning van een persoon[ ]  verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk*opmerkingen* |
| 1. Handhaven van **staande houding**

(enige tijd)ICF/d4154 | 🞎 | [ ]  geen moeilijkheid[ ]  mits nemen van steun[ ]  mits hulp en ondersteuning van een persoon[ ]  zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp*opmerkingen* |
| 1. Gebruiken van **hand en arm** in de rolstoel

(kracht, coördinatie en uithouding)ICF/d410 / d440 / d445 / d465 | 🞎 | 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 |
| 1. Uitvoeren van **transfers**

(transfer in en uit de rolstoel)ICF/d420 | 🞎 | [ ]  geen moeilijkheid[ ]  mits nemen van steun[ ]  mits hulp en ondersteuning van een persoon[ ]  zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp*opmerkingen* |
| 1. Handhaven van **zittende houding**

(zitfunctie in de rolstoel)ICF/d4153 | 🞎 | [ ]  kan zelfstandig zitten in de rolstoel[ ]  de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen[ ]  totaal passieve zithouding*opmerkingen* |
| 1. **Cognitieve** functies

CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176 | 🞎 | [ ]  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 MOBILTEITSHULPMIDDEL 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?*

|  |
| --- |
|  |

#### 6. Eventuele BIJKOMENDE OPMERKINGEN

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Datum*: □□ / □□ / □□□□*Handtekening van de voorschrijvende arts.*:........................................................ | *Stempel met RIZIV-nummer van de voorschrijvende arts* |

#### Vakken bestemd voor de rechthebbende

*In te vullen door de rechthebbende.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Gebruiksdoel van het mobiliteitshulpmiddel** | **Opmerkingen** *(facultatief in te vullen)* |
| [ ]  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: ………………………………….. |  |

*Facultatief in te vullen.*

|  |
| --- |
| Factoren die het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel beïnvloeden.*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):*:........................................................ |