|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel |  |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 Rolstoel Advies Team**
* **Voor een elektronische rolstoel of scooter moet een rolstoel adviesrapport opgemaakt worden door een gespecialiseerd Rolstoel Advies Team**

*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 |

 |

|  |
| --- |
|  |
|  | Luik B: voorschrift |

|  |
| --- |
|  |
|  | **Mobiliteitshulpmiddel** |

|  |
| --- |
|  |
| 3a |  Welk mobiliteitshulpmiddel heeft de gebruiker nodig?*In te vullen door elke behandelende arts.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | Loophulpmiddel |
|  | [ ]  | Manuele rolstoel (voor een manuele actief rolstoel enkel bij hernieuwing) |
|  | [ ]  | Elektronische rolstoel (enkel bij hernieuwing) |
|  | [ ]  | Elektronische scooter |
|  | [ ]  | Drie-of vierwielfiets (voor een zitdriewielfiets enkel bij hernieuwing) |
|  | [ ]  | Rolstoel onderstel voor zitschaal of modulair aanpasbaar zitsysteem (enkel bij hernieuwing) |
|  | [ ]  | Stasysteem |
|  | [ ]  | Zitkussen tegen doorzitwonden |
|  | [ ]  | Aanpassing van een bestaand mobiliteitshulpmiddel: *Motivee*r:       |
|  | [ ]  | 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 Rolstoel Advies Team*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | Manuele rolstoel*, specificeer*: standaard manuele rolstoel, modulaire manuele rolstoel, actief rolstoel of verzorgingsrolstoel:       |

 |
|  |
| **4** | **Betreft het een eerste aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | ja |
|  | [ ]  | nee |

 |
|  |
|  |
| **5** | **Is het gebruik definitief ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | ja |
|  | [ ]  | 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 revalidatie in een revalidatieziekenhuis of een revalidatievoorziening, gedurende de afgelopen maand?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | 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 er reeds een visie op ontslag of is er in het revalidatieplan sprake van een onstlagvoorbereiding?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | 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** | **Vraagt men 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*

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

(lopen van korte afstand tot 1000m)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 meer dan 1000m)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 | 🞎 | kan een elektronische scooter besturen [ ]  Ja [ ]  Neen opmerkingen     ***Bijkomend bij een aanvraag betreffende een elektronische scooter*** |
| 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*      |

|  |
| --- |
|  |
|  | **Luik E: bijkomende inlichtingen**  |

|  |
| --- |
|  |
| **14** | **Bijkomende inlichtingen in het kader van de aanvraag.***Facultatief in te vullen*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Houdingsanomalieën | [ ]  | Problemen aan het zitvlak of de stuit |
| [ ]  | Oedeemvorming | [ ]  | Incontinentie |
| [ ]  | Huidproblemen, doorzitwonden | [ ]  | Eetstoornissen |
| [ ]  | Gevoelsstoornissen | [ ]  | Stoornissen van het ademhalingsstelsel |
| [ ]  | Stoornissen van hart of bloedvaten |  |  |
| [ ]  | Andere: *specificeer*:      |  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |
|  | **Ondertekening**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **15** | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, 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.  |
|  | *.* | *Stempel* |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |  |
|  | voor- en achternaam |       |  |