Medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen orthopedisch technoloog in mobiliteitshulpmiddelen/bandagist van zijn keuze

Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds gebruiken

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	
Erkenningsnummer 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 VOLGENS DE NOMENCLATUUR ….

- ☐ LOOPHULMIDDEL
- ☐ WANDELSTOK OP WIELEN
- ☐ ROLSTOEL: MANUELE / ELEKTRONISCHE ROLSTOEL / ELEKTRONISCHE SCOOTER (*facultatief te specifiëren*)
- ☐ ROLSTOEL MET INDIVIDUELE MAATVOERING
- ☐ ORTHOPEDISCHE DRIEWIELFIETS
- ☐ AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITHULPMIDDEL
- ☐ ANTIDECUBITUSKUSSEN
- ☐ ONDERSTEL VOOR MODULAIR AANPASBARE ZITEENHEID
- ☐ MODULAIR AANPASBAAR SYSTEEM TER ONDERSTEUNING VOOR DE ZITHOUDING
- ☐ ONDERSTEL VOOR ZITSCHEL
- ☐ STATOESTEL

Andere hulpmiddelen die uitsluitend worden voorbehouden voor personen waarvan de handicap optrad voor de leeftijd van 65 jaar

- ☐ TWEEDE ROLSTOEL
- ☐ ANDERE (BVB AANDRIJFHULPMIDDEL): ……
- ☐ TWEEDE ANTIDECUBITUSKUSSEN
- ☐ BESTURINGSSYSTEEM MET OMGEVINGSBEDIENING

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

De begunstigde heeft een verlies van fysieke capaciteit van ten minste 30% vóór de leeftijd van 65 jaar:

☐ JA ☐ NEEN ☐ beschikt over onvoldoende informatie

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 en een wandelstok op wielen, 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-decubituskussen, 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 https://www.who.int/standards/classifications

Iriscare

Alle rubrieken zijn verplicht in te vullen !

Functies / Activiteiten en participatie	Typering	Globale beschrijving en motivering
a. Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand) (<1km) 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*
b. Zich **buitenshuis verplaatsen** (lopen van lange afstand) (>1km) 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*
c. 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*
d. Gebruiken van **hand en arm** in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465	••	Heeft de kracht, coördinatie en het uithoudingsvermogen om een manuele rolstoel zelfstandig binnenshuis te gebruiken (korte afstanden afleggen) ☐ Ja ☐ Neen Heeft de kracht, coördinatie en het uithoudingsvermogen om een manuele rolstoel zelfstandig buitenshuis te gebruiken (lange afstanden afleggen) ☐ 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)**	••	Heeft de kracht en coördinatie die nodig zijn om een elektronische scooter autonoom te besturen ☐ Ja ☐ Neen *Opmerkingen*

e. 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 of hefsysteem *Opmerkingen*
f. Uithoudingsvermogen bij het gebruik van de manuele rolstoel **(In te vullen voor een aanvraag met betrekking tot een persoonlijk aandrijfhulpmiddel of op optionele basis voor alle andere mobiliteitshulpmiddelen)**	••	Heeft het uithoudingsvermogen om zelfstandig een manuele rolstoel te gebruiken: ☐ Ja ☐ Neen Het uithoudingsvermogen bij het gebruik van een manuele rolstoel is beperkt vanwege: ☐ gewrichtsproblemen ☐ cardiorespiratoire problemen ☐ neuromusculaire problemen ☐ spierproblemen ☐ andere: …… *Opmerkingen*
g. Handhaven van **zittende houding** (algemene zitfunctie) ICF/d4153	••	☐ kan zelfstandig zitten op een stoel zonder rugleuning ☐ de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen ☐ totaal passieve zithouding kan zichzelf zelfstandig en met regelmatige tussenpozen opheffen ☐ Ja ☐ Neen kan onafhankelijk en met regelmatige tussenpozen van positie veranderen ☐ Ja ☐ Neen *Opmerkingen*
h. **Cognitieve** functies ICF/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*

Voor een aanvraag met betrekking tot een besturingssysteem met omgevingscontrole en andere (bijv. aandrijfhulpmiddel), vul ter aanvulling van bovenstaande tabel deze tabel in:

Functies	Globale beschrijving
Verlies van de functie van het bovenste ledemaat	**BL Links**: ☐ Geen ☐ Licht ☐ Gematigd ☐ Zwaar ☐ Volledig **BL Rechts**: ☐ Geen ☐ Licht ☐ Gematigd ☐ Zwaar ☐ Volledig *Opmerkingen*
Mogelijkheid om op te staan of zich alleen recht te trekken	☐ Autonoom ☐ Met gedeeltelijke hulp ☐ Met volledige hulp *Opmerkingen*
Verlies van de functie van het onderste ledemaat	**OL Links**: ☐ Geen ☐ Licht ☐ Gematigd ☐ Zwaar ☐ Volledig **OL Rechts**: ☐ Geen ☐ Licht ☐ Gematigd ☐ Zwaar ☐ Volledig *Opmerkingen*
Gebruik van de 2 handen	☐ Vermindering van de kracht ☐ Spasticiteit ☐ Coördinatiestoornis / ernstige dyspraxie ☐ Gewrichtsaandoening/misvorming *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	☐ aandoeningen van de anatomische structuren van de bekkengordel
☐ gewicht	☐ grootte
☐ 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-decubituskussen noodzakelijk maken?

6. EVENTUELE BIJKOMENDE OPMERKINGEN

Datum: _ _ / _ _ / _ _ _ _

Stempel met RIZIV-nummer van de voorschrijvende arts

Handtekening van de voorschrijvende arts.

Iriscare

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	
☐ 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: …. / …. / ……..

Dit document blijft geldig gedurende:

- ***2 maand voor een huurforfait in een rust- (en verzorgings) tehuis***
- ***2 maand voor een eerste aanvraag***
- ***6 maand in geval van hernieuwing***

Handtekening van de rechthebbende of zijn vertegenwoordiger (geef de link aan met de rechthebbende):

……

……

⚠ **Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen/bandagist van zijn keuze**