|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  | | | | | |  |