



Medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen

Iriscare

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 klevler 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

<input type="checkbox"/> LOOPHULMIDDEL	<input type="checkbox"/> ANTIDECUBITUSKUSSEN
<input type="checkbox"/> WANDELSTOK OP WIELEN	<input type="checkbox"/> ONDERSTEL VOOR MODULAIR AANPASBARE ZITEENHEID
<input type="checkbox"/> ROLSTOEL: MANUELE / ELEKTRONISCHE ROLSTOEL / ELEKTRONISCHE SCOOTER (<i>facultatief te specificeren</i>)	<input type="checkbox"/> MODULAIR AANPASBAAR SYSTEEM TER ONDERSTEUNING VOOR DE ZITHOUDING
<input type="checkbox"/> ROLSTOEL MET INDIVIDUELE MAATVOERING	<input type="checkbox"/> ONDERSTEL VOOR ZITSCHEL
<input type="checkbox"/> ORTHOPEDISCHE DRIEWIELFIETS	<input type="checkbox"/> STATOESTEL
<input type="checkbox"/> AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITHULPMIDDEL	

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

IrisCare

Het betreft een	<input type="checkbox"/> eerste aanvraag	<input type="checkbox"/> hernieuwing
Het gebruik is	<input type="checkbox"/> tijdelijk	<input type="checkbox"/> definitief
Het gebruik is noodzakelijk	<input type="checkbox"/> een beperkt deel van de dag	<input type="checkbox"/> een belangrijk deel van de dag
	<input type="checkbox"/> permanent	

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 speciëren.

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 typering (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>



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>Opmerkingen</u>
b. Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand) (>1km) ICF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>Opmerkingen</u>
c. Handhaven van staande houding (enige tijd) ICF/d4154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>Opmerkingen</u>
d. Gebruiken van hand en arm in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	Heeft de kracht, coördinatie en het uithoudingsvermogen om een manuele rolstoel zelfstandig binnenshuis te gebruiken (korte afstanden afleggen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Heeft de kracht, coördinatie en het uithoudingsvermogen om een manuele rolstoel zelfstandig buitenshuis te gebruiken (lange afstanden afleggen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>Opmerkingen</u>
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)	<input type="checkbox"/>	Heeft de kracht en coördinatie die nodig zijn om een elektronische scooter autonoom te besturen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>Opmerkingen</u>
e. Uitvoeren van transfers (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp of hefsysteem <u>Opmerkingen</u>



f. Uithoudingsvermogen bij het gebruik van de manuele rolstoel
 (In te vullen voor een aanvraag met betrekking tot een persoonlijk aandrijfhelpmiddel 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 tweede rolstoel, een tweede antidecubituskussen, een besturingssysteem met omgevingscontrole en andere (bijv. aandrijfhelpmiddel), vul ter aanvulling van bovenstaande tabel deze tabel in:

Functies	Globale beschrijving
Verlies van de functie van het bovenste ledemaat	BL Links: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Gematigd <input type="checkbox"/> Zwaar <input type="checkbox"/> 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.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> houdingsanomalieën | <input type="checkbox"/> eetstoornissen |
| <input type="checkbox"/> problemen aan het zitvlak of de stuit | <input type="checkbox"/> gevoelsstoornissen |
| <input type="checkbox"/> oedeemvorming | <input type="checkbox"/> stoornissen van het ademhalingsstelsel |
| <input type="checkbox"/> incontinentie | <input type="checkbox"/> stoornissen van hart of bloedvaten |
| <input type="checkbox"/> huidproblemen, doorzitwonden | <input type="checkbox"/> aandoeningen van de anatomische structuren van de bekkengordel |
| <input type="checkbox"/> gewicht | <input type="checkbox"/> grootte |
| <input type="checkbox"/> 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.

VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende

Gebruiksdoel van het mobiliteitshulpmiddel	Opmerkingen (facultatief in te vullen)
<input type="checkbox"/> voor occasionele verplaatsingen	
<input type="checkbox"/> voor beperkt gebruik per dag	
<input type="checkbox"/> voor dagelijks langdurig gebruik	
<input type="checkbox"/> om deel te nemen aan het gezins- en/of sociale leven	
<input type="checkbox"/> om te werken of een opleiding te volgen	



<input type="checkbox"/> om deel te nemen aan sport en ontspanning	
<input type="checkbox"/> als zitplaats in een voertuig	
<input type="checkbox"/> andere:.....	

Facultatief in te vullen.

Factoren die het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel beïnvloeden.	
<i>Globale beschrijving van de gegevens die relevant zijn voor de beoordeling van de aanvraag.</i>	
Bijzonderheden van de woonomgeving:	
Bijzonderheden bij opleiding, vorming of scholing:	
Bijzonderheden van de werkomgeving:	
Sociale activiteiten:	
Andere:	

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

.....

Datu: _ _ / _ _ / _ _ _ _

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