



BIJLAGE 1 – Materiële individuele hulpmiddelen

Medische evaluatie van het verlies van zelfredzaamheid bij een aanvraag tot tegemoetkoming voor materiële individuele hulpmiddelen

(Medische bijlage)

IDENTIFICATIEGEGEVENS

Plak hier een klever van uw verzekeringsinstelling :

Of (als u geen klever heeft)

Naam¹: Vrouw Man Andere

Voorna(a)m(en)¹ :

Geboortedatum : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Rijksregisternummer : __ __ . __ __ . __ __ - __ __ __ __ . __ __

DEEL BESTEMD VOOR UW ARTS

Ik, ondergetekende, doctor in de geneeskunde,
verklaar dat,
de volgende **aandoening(en)** heeft :

.....
.....
.....

Datum/data (of jaar) van het begin van de functionele beperkingen :

.....

¹ Schrijf uw naam in hoofdletters en vermeld enkel uw officiële voorna(a)m(en)

1. Functieverlies in de onderste en/of bovenste ledematen

Functieverlies in de **onderste ledematen** :

Links	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig
Rechts	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig
Vermogen om zich op te richten of zelfstandig rechtop te staan	<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> Met gedeeltelijke ondersteuning	<input type="checkbox"/> Met volledige ondersteuning		

Functieverlies in de **bovenste ledematen** :

Links	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig
Rechts	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig
Gebruik van beide handen	<input type="checkbox"/> Vermindering van de kracht	<input type="checkbox"/> Spasticiteit			
	<input type="checkbox"/> Coördinatiestoornis/ernstige dyspraxie	<input type="checkbox"/> Gewrichtsaandoening/misvorming			

Functieverlies in de rug, de wervelkolom of het bekken:

<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

2. Positionering, overbrenging en verplaatsing

Dit verlies leidt tot functionele beperkingen op het gebied van :

Blijven zitten (stabiliteit van de romp)	<input type="checkbox"/> Zonder ondersteuning	<input type="checkbox"/> Met rugsteun	
	<input type="checkbox"/> onmogelijk, zelfs met ondersteuning		
Blijven staan	<input type="checkbox"/> Zonder ondersteuning	<input type="checkbox"/> Met rugsteun	
	<input type="checkbox"/> onmogelijk, zelfs met ondersteuning		
Verplaatsing van het bed	<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> Met gedeeltelijke ondersteuning	<input type="checkbox"/> Met volledige ondersteuning
Verplaatsing naar het bad	<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> Met gedeeltelijke ondersteuning	<input type="checkbox"/> Met volledige ondersteuning
Verplaatsing naar verplaatsingshulpmiddel (rolstoel, scootmobiel, auto, enz.)	<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> Met gedeeltelijke ondersteuning	<input type="checkbox"/> Met volledige ondersteuning

De persoon verplaatst zich met behulp van :

- Zonder ondersteuning Krukken/Wandelstok Rolstoel of onderstel
 Looprek/Rollator Andere :

Als de persoon afhankelijk is van een rolstoel of een zitorthese met onderstel, is dat :

- Sporadisch Een groot deel van de dag De hele dag (totale afhankelijkheid)

3. Verlies van inspanningstolerantie

- Geen Licht Matig Ernstig

Oorsprong :

- Cardiopulmonaal Neurologisch Morbide obesitas
 Andere :

4. Evaluatie van het risico op doorligwonden

Gebruikte evaluatieschaal voor het risico op doorligwonden :
(bijvoorbeeld Braden, Waterlow, enz.)

Behaalde score :

Geëvalueerd risico : Licht Matig Ernstig

De persoon heeft een voorgeschiedenis van doorligwonden : Ja Neen

De persoon brengtuur per dag liggend door.

5. Gehoorstoornis

Doofheid linkeroor	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig
Doofheid rechteroor	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Licht	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Ernstig	<input type="checkbox"/> Volledig

De persoon voldoet aan de voorwaarden voor een tegemoetkoming van het RIZIV² (voetnoot toevoegen) in een :

- Hoorapparaat Cochleairimplantaat

² Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, artikel 31 - Nomenclatuur van de audiciens.

6. Gezichtsstoornis

	Links	Rechts
Gezichtsscherpte	___ / 10	___ / 10
Gezichtsveld	___ %	___ %

Andere relevante informatie over de gezichtsstoornis :

7. Incontinentie

De persoon heeft :

Nachtelijke urinaire incontinentie	<input type="checkbox"/>
Urinaire incontinentie overdag en 's nachts met gedeeltelijke verwerving of herstel van de zindelijkheid	<input type="checkbox"/>
Ernstige urinaire incontinentie overdag en 's nachts en/of fecale incontinentie zonder het gebruik van sondes waarvoor vrijwel continu absorberende producten nodig zijn	<input type="checkbox"/>
Ernstige urinaire incontinentie (overdag en 's nachts) met gebruik van sondes of middelen die vallen onder artikel 27 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen	<input type="checkbox"/>

8. Aanvullende informatie (vrij veld) :

HANDTEKENING VAN DE ARTS

Datum : ___ / ___ / _____

Handtekening en stempel van de arts :