|  |
| --- |
| **Motiveringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen** |

|  |
| --- |
| **Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld** |

#### IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

*In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de rechthebbende |  |
| Geboortedatum | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Adres (domicilie) |  |
| Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) | \_ \_ \_ \_ \_ \_-\_ \_ \_-\_ \_ |
| Ziekenfonds (naam of nummer) |  |
| Inschrijvingsnummer |  |
| De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)  |

# *In te vullen door de orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen/bandagist*

#### ALGEMENE TYPOLOGIE VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL (BASISUITRUSTING)

Dit motiveringsrapport wordt opgesteld voor

(naam en voornaam van de rechthebbende)

Het rapport heeft betrekking op een tweede rolstoel en/of een tweede antidecubituskussen (412078/412089)

* Ja 🞎 Neen

|  |  |
| --- | --- |
| Hoofdgroep: |  |
| Subgroep: |  |
| Nomenclatuurnummer: |  |
| Motivering : |  |

#### algemene Typologie aanpassingen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nomenclatuurnummer** | **Motivering** |
| **Onderste ledematen** |  |  |
| **Bovenste ledematen** |  |  |
| **Zithouding****(zit-ruggedeelte)** |  |  |
| **Veiligheid** |  |  |
| **Besturing/aandrijving** |  |  |
| **Bijzondere aanpassingen** |  |  |
| **Besturingssysteem met geïntegreerde omgevingsbediening****(tegemoetkoming alleen voor personen waarbij de handicap zich voordeed voor de leeftijd van 65 jaar)** |  |  |

#### TEST VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL (enkel verplicht voor elektronische rolstoelen en elektronische binnen/buiten en buitenscooters en gemotoriseerd maatwerk (bvb. Aandrijfhulpmiddelen))

|  |
| --- |
| * De test van het mobiliteitshulpmiddel is uitgevoerd

Beschrijving van de test toe te voegen in bijlage |

#### maatwerk

|  |
| --- |
| * Dit motiveringsrapport betreft maatwerkverstrekking(en):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Motivering: Gelieve voor een aanvraag van een aandrijfhulpmiddel op een mobiliteitshulpmiddel dat reeds geleverd werd, de productcode of het merk / model van de rolstoel te vermelden |

**Bij een aanvraag voor een wandelstok op wielen moet een motiveringsrapport van een therapeut in een revalidatiecentrum worden bijgevoegd.**

#### Identificatie van de orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen

Dit advies is opgesteld door:

|  |  |
| --- | --- |
| Orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen | Naam: Identificatienummer: Adres van de onderneming |
| Datum:  | Handtekening:  |