



Bijlage 19

Terugbetaalde mobiliteit

Stap 1: laat dit document invullen door jouw huisarts

Stap 2: breng dit ingevulde document binnen bij jouw Zorgpunt apotheek

Stap 3: je Zorgpunt apotheker volgt dit verder voor jou op

Dit is een gratis dienstverlening van jouw Zorgpunt apotheker.

Jouw Zorgpunt apotheek:

Bijlage 19 (blad 1 – recto)

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN
(artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

!!Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld!!

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen verstrekker.

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevende ziekenfonds.

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	
RIZIV nummer van de instelling	□□□□□□□□□□
Adres van de instelling	

1. VOORSCHRIFT

In te vullen door de voorschrijvende geneesheer.

*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 VLGS. ART. 28, § 8	
☐ LOOPHULPMIDDEL	☐ ANTIDECUBITUSZITKUSSEN
☐ ROLSTOEL: MANUEEL/ ELEKTRONISCHE ROLSTOEL/ ELEKTRONISCHE SCOOTER (<i>facultatief te specificeren</i>)	☐ ROLSTOEL ONDERSTEL VOOR ZITSCHAAL
☐ ORTHOPEDISCHE DRIEWIELFIETS	☐ MODULAIR AANPASBAAR SYSTEEM TER ONDERSTEUNING VAN DE ZITHOUDING
☐ STATOESTEL	☐ AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITSHULPMIDDEL
☐ ANDERE (BVB. MAATWERK):	

Het betreft een	☐ eerste aanvraag	☐ hernieuwing
Het gebruik is	☐ tijdelijk	☐ definitief
Het gebruik is noodzakelijk	☐ een beperkt deel van de dag	☐ een belangrijk deel van de dag
	☐ 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

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 specificeren.

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, 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-decubitus kussen, 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 www.rivm.nl/who-ficicf.htm

Bijlage 19 (blad 2 – recto)

Alle rubrieken zijn verplicht in te vullen!

Functies / Activiteiten en participatie	Typering	Globale beschrijving en motivering
a) Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand) ICF/d4500 / d4600	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	☐ geen moeilijkheid ☐ mits nemen van steun ☐ mits loophulp ☐ mits hulp en ondersteuning van een persoon ☐ verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
b) Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand) ICF/d4501 / d4602	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	☐ geen moeilijkheid ☐ mits nemen van steun ☐ mits loophulp ☐ mits hulp en ondersteuning van een persoon ☐ verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
c) Handhaven van staande houding (enige tijd) ICF/d4154	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	☐ geen moeilijkheid ☐ mits nemen van steun ☐ mits hulp en ondersteuning van een persoon ☐ 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 style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	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 <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 style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	kan een elektronische scooter besturen ☐ Ja ☐ Neen <u>opmerkingen</u>
e) Uitvoeren van transfers (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	☐ geen moeilijkheid ☐ mits nemen van steun ☐ mits hulp en ondersteuning van een persoon ☐ zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>
f) Handhaven van zittende houding (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	☐ kan zelfstandig zitten in de rolstoel ☐ de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen ☐ totaal passieve zithouding <u>opmerkingen</u>
g) Cognitieve functies CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	☐ geen cognitieve problemen ☐ lichte beperking van de cognitieve functies ☐ matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies <u>opmerkingen</u>

Bijlage 19 (blad 2 – verso)

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	
☐ 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-decubitus kussen noodzakelijk maken?

--

6. EVENTUELE BIJKOMENDE OPMERKINGEN

--

Datum: / /

Stempel met RIZIV-nummer van de voorschrijvende geneesheer

Handtekening van de voorschrijvende geneesheer.

.....

Bijlage 19 (blad 3)

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	
☐ voor gebruik in het huishouden	
☐ 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. <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:	

Datum: / /	Handtekening van de rechthebbende (of de wettelijke vertegenwoordiger): :
--	--



Bijlage 13 bis

Terugbetaalde mobiliteit

Naam patiënt:

Datum:

Afgeleverd:

Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Bijlage 13bis (blad 1 – recto)

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR BANDAGISTEN (artikel 28§8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT

In te vullen door de patiënt of klevet ziekenfonds.

Naam en voornaam van de patiënt	
Geboortedatum	
Adres	
Ziekenfonds	
INSZ:	
De patiënt verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

In te vullen door de verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Deze aanvraag is opgemaakt door:

Naam van de erkende verstrekker	
Erkeningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
KBO nummer	

AFGELEVERDE VERSTREKKINGEN

<u>Mobiliteitshulpmiddelen</u> <u>(basisuitrusting)</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publieks- prijs	Nomen- clatuur- prijs	Tussenk. VI	Supplem. patiënt.
Serienummer :						

<u>Aanpassingen</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publiek- prijs	Nomen- clatuur- prijs	Tussenk. VI	Supplem. patiënt
Onderste ledematen						
Bovenste ledematen						
Zithouding (zit-ruggedeelte)						
Veiligheid						
Besturing/aandrijving						
Bijzondere aanpassingen						
RECUPEL						

AANPASSINGEN ZONDER TEGEMOETKOMING IN HET RAAM VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING EN DIE DOOR DE PATIËNT ZIJN GEVRAAGD

Omstandige omschrijving van de niet-vergoedbare aanpassingen, gevraagd door de patiënt	Prijs (EUR) (incl. BTW)
Totaal	

Bijlage 13bis (blad 2)

Datum van de aflevering :/...../.....

Voorgeschreven door.....

Op datum van...../...../.....

Het voorschrift of toestemming van de adviserend geneesheer van/...../..... is toegevoegd

Inschrijvingsnr. RIZIV van de voorschrijver : : -.....:.....:.....

Voor opgenomen patiënt :

Nr. van de instelling: : -.....:.....:.....

Dienst :.....:.....

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer

.....-.....-.....

Datum...../...../.....

Handtekening van de verstrekker.....

In te vullen door de patiënt

Ik bevestig de bovenvermelde verstrekking(en) te hebben ontvangen : nr.....

Datum...../...../.....

Handtekening :.....

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr. :.....

Datum:

Handtekening

Ontvangen de som van :EUR