

Waarvoor dient dit rapport?

VSB

Dit rapport dient verplicht toegevoegd te worden bij een aanvraag voor een tegemoetkoming voor een **mobiliteitshulpmiddel** (elektronische rolstoel, elektronische scooter, actief rolstoel,...).

VAPH

Dit rapport dient door uw multidisciplinair team (MDT) gespecialiseerd voor snel degeneratieve aandoeningen verplicht toegevoegd te worden bij een aanvraag voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen voor **communicatie, computer- of omgevingsbediening in huur** voor personen met een snel degeneratieve aandoening.

Wie vult dit rapport in?

VSB

Het rapport dient ingevuld te worden door een Rolstoel Advies Team, erkend door VSB.

VAPH

Het rapport dient ingevuld te worden door een gespecialiseerd multidisciplinair team (MDT) voor snel degeneratieve aandoeningen, erkend door VAPH.

Aan wie bezorgt u dit rapport?

VSB

Met dit rapport kunt u zich wenden tot een orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen naar keuze. Deze verstrekker kan de aanvraag voor het mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen indienen bij uw zorgkas.

VAPH

Met dit rapport kunt u zich wenden tot een verstrekker gemachtigd voor het verhuren van hulpmiddelen voor personen met een snel degeneratieve aandoening.

Luik A: identificatie van de gebruiker

1 Vul hieronder de gegevens in van de gebruiker waarvoor het Rolstoel Advies Rapport wordt opgemaakt.

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

rijksregisternummer

geboortedatum dag maand jaar

2 Reden van verwijzing naar het Rolstoel Advies Team.

- Aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB (voor een gebruiker die **geen** snel degeneratieve aandoening heeft)
Specificeer:
- Aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB voor een gebruiker met een snel degeneratieve aandoening
Specificeer:
- Aanvraag van een hernieuwing van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB
Specificeer:
- Aanvraag van een voortijdige hernieuwing van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB
Specificeer:
- Aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel via de Bijzondere Technische Commissie VSB
Specificeer:
- Aanvraag van een hulpmiddel voor communicatie, computer- of omgevingsbediening bij VAPH
Specificeer:

Luik B: identificatie van het Rolstoel Advies Team

3 Vul hieronder de gegevens in van het Rolstoel Advies Team.

naam van het Rolstoel Advies
Team

Erkenningsnummer VSB

Erkenningsnummer VAPH

adres

contactpersoon

telefoonnummer

e-mailadres

Luik C: diagnose en huidige medische situatie van de gebruiker

4 Zijn de beperkingen het gevolg van een ongeval?

- ja
- nee

5 Heeft de gebruiker een beroep gedaan op revalidatie in een revalidatieziekenhuis of een revalidatievoorziening, gedurende de afgelopen maand?

- ja
- nee

6 Is de gebruiker momenteel gehospitaliseerd in een ziekenhuis?

Met ziekenhuis wordt bedoeld: algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis, m.u.v. psychiatrische ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

- ja. Ga naar vraag 7
- nee. Ga naar vraag 8

7 Is er reeds een visie op ontslag of is er in het revalidatieplan sprake van een voorbereiding van ontslag?

- ja
- nee

8 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.*

9 Heeft de gebruiker een snel degeneratieve aandoening?

- ja. Ga naar vraag 10
- nee. Ga naar Luik D

10 Vink aan indien de gebruiker één van onderstaande pathologieën heeft.

- Amyotrofe laterale sclerose
- Primaire laterale sclerose
- Progressieve spinale musculaire atrofie
- Multisysteematrofie
- De gebruiker lijdt aan een andere neuromusculaire aandoening waarbij het team adviseert om deze gelijk te stellen met een snel degeneratieve aandoening en het team adviseert voor de gebruiker het huursysteem SDA
Beschrijving van het ziektebeeld:
Motiveer:

11 Vink aan indien de gebruiker zich in één van onderstaande situaties bevindt.

Aanvraag mobiliteitshulpmiddel VSB (ga hierna naar luik D)

- 11.1 Er is een snelle negatieve prognose van het ziektebeeld of toenemende beperkingen te verwachten binnen een termijn van één jaar of minder, wat betreft de mobiliteit en verplaatsing: van zelfstandig stappen naar de onmogelijkheid om zonder hulp van derden op te staan en zich te verplaatsen

Aanvraag hulpmiddel VAPH (ga hierna naar luik F)

- 11.2 Er is minimaal een matige communicatieve beperking wat het spreken betreft. Er is bovendien een snelle en onomkeerbare achteruitgang van de spraakfunctie te verwachten, met een evolutie naar niet verstaanbaar spreken
- 11.3 Er is minimaal een matig functieverlies in beide bovenste ledematen wat betreft het manipuleren en het gebruiken van arm en hand voor computerbediening. Er is bovendien een snelle en onomkeerbare achteruitgang van de functie van de bovenste ledematen te verwachten, met een evolutie naar de onmogelijkheid om zonder hulpmiddelen of aanpassingen de computer te bedienen
- 11.4 Er is minimaal een matig functieverlies in beide bovenste ledematen wat betreft het manipuleren en het gebruiken van arm en hand voor de bediening van toestellen in de omgeving. Er is bovendien een snelle en onomkeerbare achteruitgang van de functie van de bovenste ledematen te verwachten, met een evolutie naar de onmogelijkheid om zonder hulpmiddelen of aanpassingen toestellen in de omgeving te bedienen

Besluit

- 11.5 Door de snelle evolutie zal de gebruiker snel en opeenvolgend verschillende aangepaste oplossingen nodig hebben, waardoor de hulpmiddelen niet voor de voorziene levensduur van het hulpmiddel kunnen worden ingezet

Luik D: functioneringsrapport in relatie tot het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel

FUNCTIE	ICF TYPERING	BESCHRIJVING
1. Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand) ref. tot 1.000m ICF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan veilig en zelfstandig rechtstaand werken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
2. Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand) ICF/d4501 / d4602 ref. meer dan 1.000m	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen buitenshuis: kan veilig en zelfstandig stappen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan functioneel stappen op oneffen terrein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
3. Functie van de bovenste ledematen in relatie tot rolstoelbesturing en gebruik van toestellen in de omgeving ICF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	Kan een manuele rolstoel binnen en buiten bedienen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan enkel op vlak terrein en binnenshuis een manuele rolstoel bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan de noodzakelijke toestellen (telefoon, radio, tv, deuren,.....) zelfstandig bedienen vanuit de rolstoel, m.a.w. kan de directe omgeving zonder omgevingsbediening sturen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Restfuncties in relatie tot rolstoelbesturing Kan enkel een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,.... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <u>opmerkingen</u>
4. Functie van de bovenste ledematen in relatie tot besturing van een elektronische scooter ICF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	Kan een elektronische scooter bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <u>opmerkingen</u>
5. Functie van de staande houding ICF/d4154	<input type="checkbox"/>	Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan mits gebruik van een hulpmiddel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan rechtop staan mits ondersteuning door één of meerdere personen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan onmogelijk rechtop staan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>

6. Functie van het zitten met inbegrip van romp- en hoofdstabiliteit ICF/d4153 / d410	<input type="checkbox"/>	Kan zelfstandig en langdurig rechtop zitten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan tijdens het zitten, de romp zelfstandig en langdurig stabiliseren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan tijdens het zitten het hoofd zelfstandig en langdurig stabiliseren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan zelfstandig van houding veranderen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
7. Uitvoeren van transfers transfer in/uit de rolstoel ICF/d420 / d4200	<input type="checkbox"/>	Kan transfer zelfstandig uitvoeren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan transfer zelfstandig uitvoeren mits nemen van steun <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan enkel transfer uitvoeren met hulp en ondersteuning van een gebruiker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Transfer uitvoeren is zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp of liftstelsel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
8. Stoornis: Cognitieve functies ICF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja, preciseren <input type="checkbox"/> oriëntatie in tijd <input type="checkbox"/> oriëntatie in plaats <input type="checkbox"/> oriëntatie in gebruiker <input type="checkbox"/> aandacht/concentratie <input type="checkbox"/> geheugen <input type="checkbox"/> psychomotorische functies <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>

9. Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies:			
9.1. Risico op drukwonden	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Sensibiliteitsstoornissen trofische stoornissen, anatomische afwijkingen, functionele afwijkingen, ... <input type="checkbox"/> Incontinentie, allergie, transpiratie, ... <input type="checkbox"/> Kan zich niet lang genoeg opduwen om de stuit te ontlasten omwille van lichamelijke of mentale beperkingen of onvermogen, bewustzijnsprobleem, vermoeidheid, ... <u>opmerkingen</u>	
9.2. Stoornis: spiertonus (spasticiteit/dystonie) ICF/b735 / b7356	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek
9.3. Stoornis: spierkracht ICF/b730	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek
9.4. Stoornis: controle willekeurige bewegingen / onwillekeurige bewegingen ICF/b760 / b765	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek
9.5. Stoornis: contracturen of ankylose ICF/b710	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek

9.6. Stoornis: uithouding & inspanningstolerantie ICF/b410 / b440 / b455 / b740	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> cardiorespiratoir <input type="checkbox"/> neuromusculair <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> O ₂ afhankelijk / beademing <input type="checkbox"/> andere
9.7. Gestalte & gewicht (indien relevant)		<input type="checkbox"/> lengte: <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> gewicht:
9.8. Stoornis: zintuiglijke functies ICF/b210 / b230 / b260 / b265 / b270	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> sensibiliteit <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> visus <input type="checkbox"/> gehoor
9.9. Stoornis: gedrag CIF/d720	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<u>opmerkingen</u>	

10. Activiteiten en participatie					
10.1. Activiteiten waarbij het gevraagde hulpmiddel zal gebruikt worden:	Huishouden	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	School	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Werk	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Boodschappen	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Sociaal	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Cultureel	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Vrije tijd	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Sport	<input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit
	Andere:				
		<u>opmerkingen</u>			
10.2. Mobiliteit "korte afstand" In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van:	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel			
	<input type="checkbox"/> elektronische rolstoel	<input type="checkbox"/> elektronische scooter			
	<u>opmerkingen</u>				
10.3. Mobiliteit "middellange afstand"					
10.3.1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel			
	<input type="checkbox"/> aangepaste fiets <input type="checkbox"/> driewiel fiets				
	<input type="checkbox"/> handbike	<input type="checkbox"/> driewiel zit- of ligfiets			
	<input type="checkbox"/> andere				
	<u>opmerkingen</u>				
10.3.2. Kan enkel een gemotoriseerd of elektronisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:	<input type="checkbox"/> elektronische rolstoel	<input type="checkbox"/> tractiesysteem voor rolstoel			
	<input type="checkbox"/> elektronische scooter	<input type="checkbox"/> fiets met elektromotor			
	<input type="checkbox"/> driewiel fiets met hulpmotor	<input type="checkbox"/> handbike met hulpmotor			
	<input type="checkbox"/> andere				
	<u>opmerkingen</u>				
10.4. Transport op lange afstand:	gebruikt openbaar vervoer:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulp		
	rijdt zelfstandig met:	<input type="checkbox"/> gewone wagen	<input type="checkbox"/> aangepaste wagen		
	transfer in/uit:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulp		
	meenemen, monteren				
	en demonteren rolstoel:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met hulp		

	wordt vervoerd met:	<input type="checkbox"/> gewone wagen	<input type="checkbox"/> aangepaste wagen
		<input type="checkbox"/> aangepast vervoer personen met een handicap	<input type="checkbox"/> blijft zitten in de rolstoel in het voertuig
	<input type="checkbox"/> andere		
	<u>opmerkingen</u>		
10.5.	Omgevingsfactoren		
10.5.1.	Woning en directe woonomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
10.5.2.	Andere vaak bezochte plaatsen o.a. school / werkomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
10.5.3.	Streekgebonden elementen (vlak, oneffen terrein, heuvelachtig) (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig

13 Bijkomende inlichtingen in het kader van de aanvraag.

Facultatief

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Houdingsanomalieën | <input type="checkbox"/> Problemen aan het zitvlak of de stuit |
| <input type="checkbox"/> Oedeemvorming | <input type="checkbox"/> Incontinentie |
| <input type="checkbox"/> Huidproblemen, doorzitwonden | <input type="checkbox"/> Eetstoornissen |
| <input type="checkbox"/> Gevoelstoornissen | <input type="checkbox"/> Stoornissen van het ademhalingsstelsel |
| <input type="checkbox"/> Stoornissen van hart of bloedvaten | |
| <input type="checkbox"/> Andere: specificeer: | |

14 Besluit/samenvatting – functionele indicaties van de gebruiker.

15 Voorstel van type mobiliteitshulpmiddel.

- Manueel actief rolstoel volwassene
- Manueel actief rolstoel met individuele maatvoering volwassene
- Manuele rolstoel met mechanische of elektronische sta-functie volwassene
- Elektronische rolstoel volwassene
- Elektronische kinderrolstoel
- Elektronische binnen/buitenscooter
- Elektronische buitenscooter
- Rolstoelonderstel orthopedische zitschelp
- Rolstoelonderstel uitgevoerd met een modulair aanpasbare ziteenheid
- Zitdriewiel fiets
- Elektrisch instelbare statafel
- Mobiliteitshulpmiddel niet opgenomen op de productlijst. Specificeer:

16 Voorstel aanpassingen aan het mobiliteitshulpmiddel.

- Functionele specificaties onderste ledematen & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties bovenste ledematen & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties algemene zithouding en positionering & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties aandrijving/besturing & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties gebruikdoeleinden & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties – technische aspecten & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties preventie van doorzitwonden & voorstel aanpassingen
- Voorstel modulair aanpasbare ziteenheid & aanpassingen
- Functionele specificaties – bijzonder maatwerk & voorstel maatwerk
- Functionele specificaties – bijzondere aanpassingen & voorstel aanpassingen niet op productlijst
- Andere:

17 Betreft het een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel dat wordt aangevraagd via de Bijzondere Technische Commissie?

- ja. Specificeer welk mobiliteitshulpmiddel
Ga naar vraag 18
- nee. *Ga naar vraag 19*

18 Motiveer waarom de gebruiker nood heeft aan dit specifiek mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen en waarom dit dossier voorgelegd zou moeten worden aan de Bijzondere Technische Commissie.

- Mobiliteitshulpmiddel opgenomen op de productlijst: specificeer
 - Mobiliteitshulpmiddel NIET opgenomen op de productlijst: specificeer
 - Bijzondere aanpassingen opgenomen op de productlijst: specificeer
 - Bijzondere aanpassingen NIET opgenomen op de productlijst: specificeer
 - Mobiliteitshulpmiddel maatwerk: specificeer
 - Aanpassingen maatwerk: specificeer
 - Andere: specificeer
-

19 Betreft het een eerste aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel?

- ja. *Ga naar vraag 21*
- nee. *Ga naar vraag 20*

20 Is er bij de gebruiker sprake van een pathologische wijziging ten opzichte van de vorige aanvraag?

- ja
- nee

21 Is het gebruik tijdelijk?

- ja
- nee

22 Wat zal de vermoedelijke frequentie van gebruik zijn van het gevraagde mobiliteitshulpmiddel?

- Occasioneel gebruik
- Dagelijks gebruik
- Permanent gebruik/volledig rolstoel gebonden

23 Heeft de gebruiker nood aan een tweede manuele rolstoel?

- ja. *Ga naar vraag 24*
- nee *Ga naar vraag 25*

24 Vink aan als de gebruiker zicht in één van onderstaande situaties bevindt of motiveer waarom de gebruiker nood heeft aan een tweede manuele rolstoel.

- De gebruiker verblijft in een semi-residentiële of residentiële voorziening en zijn rolstoel kan niet vervoerd worden en hij heeft thuis een rolstoel nodig
- De gebruiker moet thuis een verdieping overbruggen en beschikt daarvoor alleen over een traplift of een rolstoeltoegankelijke lift en er zijn geen plannen op korte termijn om het huis volledig rolstoeltoegankelijk te maken op de gelijkvloerse verdieping
- De gebruiker heeft reeds een tegemoetkoming ontvangen voor een elektronische rolstoel
- De gebruiker heeft een rolstoel nodig in het kader van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding en kan bij het besturen van de wagen zijn rolstoel niet zelfstandig meenemen

25 Enkel bij aanvraag van een ELEKTRONISCHE SCOOTER: voor welke tegemoetkoming voor onderhoud en herstellingskosten komt de gebruiker in aanmerking?

- De gebruiker heeft een bewezen en definitieve volledige verplaatsingsstoornis hij/zij kan niet staan of stappen binnenshuis en verplaatsingen buitenshuis zonder de scooter zijn onmogelijk
Motiveer.
- BOVENDIEN zal de gebruiker de elektronische scooter gebruiken voor professionele doeleinden zoals het volgen van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding
Motiveer
- OF
De gebruiker lijdt aan een evolutieve neuromusculaire aandoening, een evolutieve myopathie, multiple sclerose, tetraparese, quadriparese of chronische auto-immune inflammatoire polyarthrit, namelijk reumatoïde artritis, spondyloartropathie, juveniele chronische artritis, systemische lupus en sclerodermie volgens de definitie die aanvaard is door de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie, waarbij de elektronische scooter de enige aangewezen mobiliteitsoplossing is
Motiveer

Luik F: aanvraag van huur van hulpmiddelen voor communicatie, computer- of omgevingsbediening voor personen met een snel degeneratieve aandoening bij het VAPH

2 Functioneren m.b.t. communicatie, computer- en omgevingsbediening.

6

FUNCTIE	ICF TYPERING	BESCHRIJVING
<p>1. Functie van de bovenste ledematen in relatie tot bediening van toestellen in de omgeving, een computer, een smartphone, een tablet of een communicatietoestel ICF/d440 /d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kan de noodzakelijke toestellen (gsm, radio, tv, deuren,.....) via de standaard bediening (knoppen of afstandsbediening) bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan de standaard computermuis en het toetsenbord bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan het aanraakscherm van een smartphone of tablet met de handen bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Restfuncties in relatie tot bediening van toestellen in de omgeving, een computer, een smartphone, een tablet of een communicatietoestel</p> <p>Kan de cursor via een hoofdmuis bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan de cursor via een oogsturing bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan een of meer aangepaste schakelaars bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p><u>opmerkingen</u></p>
<p>2. Spreken ICF/d330</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kan gedurende een normale conversatie verstaanbaar spreken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>Kan slechts verstaanbaar spreken gedurende enkele minuten wegens snelle vermoeibaarheid van articulatiespiers en/of afnemende ademsteun en stemvolume <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>Kan slechts verstaanbaar spreken gedurende beperkte dagdelen wegens vermoeibaarheid van articulatiespiers en/of afnemende ademsteun en stemvolume <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p> <p><u>opmerkingen</u></p>

27 In geval het een aanvraag betreft voor een jongere via de intersectorale toegangspoort betreft, duidt de handicapcodes aan die van toepassing zijn.

- 1213 (Loco)motorische stoornis: algemeen motorische stoornis

- 1261 Stem en spraakstoornis: articulatie, vloeiendheid en ritme van spreken

28 Voorstel type hulpmiddel.

- Communicatie type 1
Toelichting bij keuze:
- Communicatie type 2
Toelichting bij keuze:
- Computer type 1
Toelichting bij keuze:
- Computer type 2
Toelichting bij keuze:
- Omgevingsbediening type 1
Toelichting bij keuze:
- Omgevingsbediening type 2
Toelichting bij keuze:
- All-in type 1
Toelichting bij keuze:
- All-in type 2
Toelichting bij keuze:
- Montage type 1
Toelichting bij keuze:
- Montage type 2
Toelichting bij keuze:
- Geen van de huurpakketten voldoet
Vul vakken 29 & 30 in.

29 In geval geen van de huurpakketten voldoet, specificeer de alternatieve oplossing i.f.v. communicatie, computer- of omgevingsbediening die aan de BBC moet voorgelegd worden

30 Toon aan dat de voorgestelde oplossing in 29 adequaat is en geef aan waarom de huurpakketten niet voldoen.

Luik G: aflevering en ondertekening

31 Datum van aanmelding van de gebruiker bij het Rolstoel Advies Team.

dag maand jaar

32 Datum aflevering Rolstoel Advies Rapport aan de gebruiker.

dag maand jaar

33 Vond er een huisbezoek plaats bij de gebruiker?

- Ja
 - Een verslag is toegevoegd als bijlage
- nee

34 Bijlagen Aantal en omschrijving

35 Volgt de gebruiker een revalidatieprogramma binnen de instelling of is de gebruiker opgenomen in de instelling?

- Ja, de gebruiker is opgenomen
- Ja, de gebruiker volgt ambulante revalidatie
- Neen

36 Ondertekening door het Rolstoel Advies Team

Hierbij verklaart het team (vermeld in luik B) dat de gebruiker (vermeld in luik A) volledige inzage heeft gekregen in dit document.

Het team verklaart akkoord te gaan dat dit document wordt voorgelegd aan de zorgkas van aansluiting van de gebruiker in het kader van een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel en hier wordt verwerkt.

Arts

datum dag maand jaar

handtekening
voor- en achternaam
Erkenningsnummer

Ergotherapeut of kinesitherapeut

datum dag maand jaar

handtekening
voor- en achternaam
Erkenningsnummer

Ander lid van het Rolstoel Advies Team

datum dag maand jaar

handtekening
voor- en achternaam
Functie
discipline of
erkenningsnummer

37 Ondertekening door de gebruiker of wettelijke vertegenwoordiger.

- Ik bevestig dat ik volledige inzage heb gekregen in dit document.
- Ik ga akkoord dat dit Rolstoel Advies Rapport door mijn orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen wordt ingediend bij mijn zorgkas van aansluiting en hier wordt verwerkt, in het kader van mijn aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel.
- Ik ga akkoord dat dit document voorgelegd wordt aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en indien van toepassing aan de Intersectorale Toegangspoort voor de aanvraag van huur van hulpmiddelen voor communicatie, computer- of omgevingsbediening en bevestig dat ik voldoe aan de leeftijds- en verblijfsvoorwaarden om ondersteuning te krijgen van het VAPH (zie website VAPH voor meer informatie hierover: www.vaph.be/voorwaarden).

datum dag maand jaar

handtekening
voor- en achternaam
Indien wettelijke
vertegenwoordiger:
straat en nummer
postnummer en gemeente

