

**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 klever 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	
<input type="checkbox"/> LOOPHULPMIDDEL	<input type="checkbox"/> ANTIDECUBITUSZITKUSSEN
<input type="checkbox"/> ROLSTOEL: MANUEEL/ ELEKTRONISCHE ROLSTOEL/ ELEKTRONISCHE SCOOTER ( <i>facultatief te specificeren</i> )	<input type="checkbox"/> ROLSTOEL ONDERSTEL VOOR ZITSCHAAL
<input type="checkbox"/> ORTHOPEDISCHE DRIEWIELFIETS	<input type="checkbox"/> MODULAIR AANPASBAAR SYSTEEM TER ONDERSTEUNING VAN DE ZITHOUDING
<input type="checkbox"/> STATOESTEL	<input type="checkbox"/> AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITSHULPMIDDEL
<input type="checkbox"/> ANDERE ( BVB. MAATWERK):	

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

**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-fic/icf.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm)

## Bijlage 19 (blad 2 – recto)

*Alle rubrieken zijn verplicht in te vullen!*

Functies / Activiteiten en participatie	Typering	Globale beschrijving en motivering
a) Zich <b>binnenshuis verplaatsen</b> (lopen van korte afstand) 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 <b>buitenshuis verplaatsen</b> (lopen van lange afstand) 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 <b>staande houding</b> (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 <b>hand en arm</b> in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	kan zich zelfstandig en op regelmatige basis opduwen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen kan zelfstandig veranderen van houding <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen kan een manuele rolstoel zelfstandig bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
<b>Enkel in te vullen voor een aanvraag betreffende een elektronische scooter:</b>		
Functie van de bovenste ledematen of van het bovenste lidmaat wanneer slechts 1 functioneel bovenste lidmaat	<input type="checkbox"/>	kan een elektronische scooter besturen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
e) Uitvoeren van <b>transfers</b> (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 <u>opmerkingen</u>
f) Handhaven van <b>zittende houding</b> (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kan zelfstandig zitten in de rolstoel <input type="checkbox"/> de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen <input type="checkbox"/> totaal passieve zithouding <u>opmerkingen</u>
g) <b>Cognitieve functies</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen cognitieve problemen <input type="checkbox"/> lichte beperking van de cognitieve functies <input type="checkbox"/> matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies <u>opmerkingen</u>

## Bijlage 19 (blad 2 – verso)

#### **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"/> 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.*

.....

**VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE**

*In te vullen door de rechthebbende.*

<b>Gebruiksdoel van het mobiliteitshulpmiddel</b>	<b>Opmerkingen (facultatief in te vullen)</b>
<input type="checkbox"/> voor occasionele verplaatsingen	
<input type="checkbox"/> voor beperkt gebruik per dag	
<input type="checkbox"/> voor dagelijks langdurig gebruik	
<input type="checkbox"/> voor gebruik in het huishouden	
<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.*

<b>Factoren die het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel beïnvloeden.</b>	
<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:	

<b>Datum:</b> □□ / □□ / □□□□	<b>Handtekening van de rechthebbende</b> <b>(of de wettelijke vertegenwoordiger):</b>  : .....
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------