**Test van het mobiliteitshulpmiddel** (alleen verplicht voor elektrische rolstoelen, elektrische scooters binnen/buiten en buiten en aandrijvingshulpmiddelen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Test uitgevoerd vóór de raadpleging van een multidisciplinair team: ☐ Ja ☐ Nee  De test van het mobiliteitshulpmiddel vond plaats van ..................... tot en met ............................  **Testprocedures:** ☐ Thuis ☐ In een instelling/Op school ☐ Op het werk ☐ Elders: …………………………….  ☐ Voor gebruikelijke verplaatsingen Preciseer: ………………………………………………………………….  **Bijzondere omstandigheden:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Deze aanvraag heeft betrekking op een mobiliteitshulpmiddel van het volgende type:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ☐ Elektrische rolstoel | ☐ Elektrische scooter | ☐ Aandrijvingshulpmiddel | | ☐ Binnen | ☐ Binnen | ☐ Joystick | | ☐ Binnen-buiten | ☐ Binnen-buiten | ☐ Hoepelondersteuning | | ☐ Buiten | ☐ Buiten | ☐ 5de wiel | |  |  | ☐ Voor derden |   **Getest(e) model(len):** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Reden voor de keuze:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Beschrijving van de gebruiker**: ☐ Eerste gebruik ☐ Ervaren gebruiker   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Handfunctie** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed | ☐ Niet van toepassing | | Andere rijopties: | | | | | | **Rijgeschiktheid** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed |  | | **Begrip van het gebruik** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed |  | | **Verkeersvaardigheid** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed |  | | **Overdrachten** | ☐ Zelfstandig | ☐ Met hulp |  |  | | **Opladen van het apparaat** | ☐ Zelfstandig | ☐ Met hulp |  |  |     **Gebruiksdoelstelling:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ☐ Thuis | ☐ Buiten | ☐ Korte afstanden | | ☐ Lange afstanden | ☐ Sociaal leven/Vrije tijd | ☐ Boodschappen | | ☐ Werk/Opleiding |  |  |   **Gebruiksfrequentie:** ☐ Permanent ☐ Dagelijks ☐ Meerdere dagen per week  **Gebruiksduur:** ☐ Voor korte periodes ☐ Voor lange periodes  **Toegankelijkheid tot de woning:** ☐ Met hulp van derden ☐ Zelfstandig ☐ Via garage/deur  **Specificaties van de woning:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **In te vullen vak als u een aanvraag indient voor een aandrijvingshulpmiddel:**   |  | | --- | | **De aanvraag om een aandrijvingshulpmiddel en de aanvraag om een rolstoel gaan samen:** ☐ Ja ☐ Nee  **Het aandrijvingshulpmiddel werd getest op:**  ☐ De gevraagde rolstoel  Merk, model, voeg de bestelbon van de rolstoel bij:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ☐ De rolstoel die momenteel door de aanvrager wordt gebruikt  Merk, model en serienummer van de rolstoel: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ☐ Een andere rolstoel Merk, model, serienummer van de rolstoel: ……………………………………………………………………………….. Leg uit: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Ik, ondergetekende ………………………………………………… (voornaam en achternaam van de dienstverlener) verklaar op erewoord dat het geteste aandrijvingshulpmiddel ............................................................................................... ………………………………………………………. (merk en model van het aandrijvingshulpmiddel) compatibel is met de rolstoel..................................................................................................................................(merk en model).  Voeg de volgende documenten bij uw aanvraag om een aandrijvingshulpmiddel:   1. **een offerte van het aangevraagde hulpmiddel** 2. **een gedetailleerde productfiche** 3. **een bewijs dat het product wordt beschouwd als een medisch product** |   **Bijkomende opmerkingen:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………    **Opmerkingen van de gebruiker (facultatief):**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

Datum: ………………………………………………

Voornaam en achternaam van de dienstverlener: ………………………………………………….

Handtekening van de dienstverlener: