**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 ☐ NeeDe 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 gebruiktMerk, model en serienummer van de rolstoel: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………☐ Een andere rolstoelMerk, 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: