|  |
| --- |
| **Multidisciplinair functioneringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen****Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen/bandagist** |

|  |
| --- |
| **Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld** |

**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) |  |

**IDENTIFICATIE VAN DE ORTHOPEDISCH TECHNOLOOG IN MOBILITEITSHULPMIDDELEN/BANDAGIST**

*In te vullen door de orthopedisch technoloog in mobiliteitshulpmiddelen/bandagist die de rechthebbende naar het multidisciplinair team verwijst*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen/bandagist |  |
| Erkenningsnummer bij het RIZIV  |  |
| Bedrijfsnaam |  |
| Adres van het bedrijf |  |
| Telefoonnummer, e-mail adres |  |
| Ondernemingsnummer |  |

Reden van verwijzing naar een multidisciplinair team

|  |  |
| --- | --- |
| *Aanvraag van een*[ ]  kinderrolstoel: [ ]  manueel, [ ]  elektronisch[ ]  manueel actief rolstoel[ ]  elektronische rolstoel [ ]  elektronische binnen/buiten scooter elektronische buitenscooter[ ]  stasysteem[ ]  niet-genomenclaturiseerd mobiliteitshulpmiddel (bv aandrijfhulpmiddel) ……………………………………………… | [ ]  orthopedische driewielerfiets in cumul met manueel actief rolstoel voor volwassenen[ ]  voortijdige hernieuwing van een rolstoel [ ]  voortijdige aanpassing aan reeds afgeleverde rolstoel[ ]  modulair aanpasbare ziteenheid[ ]  onderstel voor modulair aanpasbare ziteenheid[ ]  besturingssysteem met omgevingsbediening[ ]  rolstoel met maatwerk |

**FUNCTIONERINGSRAPPORT In relatie tot het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel**

*Multidisciplinair in te vullen*

Dit functioneringsrapport wordt opgesteld voor ……………………………………………………………………………………………..

*(naam en voornaam van de rechthebbende)*

**Typeringen (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

(\*) Bijkomende informatie is te bekomen op de website <https://www.who.int/standards/classifications>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FUNCTIE** | **ICF TYPERING** | **BESCHRIJVING** |
| * + - 1. **Functie van de bovenste ledematenen resterende functies in relatie tot rolstoelbesturing**ICF/d440 / d445 / d465
 | 🞎 | Kan een manuele rolstoel binnen bedienen.[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassingKan een manuele rolstoel bedienen[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassingKan een manuele rolstoel gebruiken op oneffen terrein[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassing*opmerkingen* |
|  |  |  |
| * + - 1. **Functie van de bovenste ledematenen resterende functies in relatie tot besturing van een elektronische rolstoel**

ICF/d440/d445/d465 | 🞎 | Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick.[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassingKan enkel een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,….[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassingKan de noodzakelijke toestellen (telefoon, radio, tv, deuren,…..) zelfstandig bedienen vanuit de rolstoel, m.a.w. kan de directe omgeving zonder omgevingsbediening sturen.[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassing*opmerkingen* |
| * + - 1. **Functie van de bovenste ledematenen resterende functies in relatie tot besturing van een elektronische scooter**ICF/d440 / d445 / d465
 | 🞎 | Kan een elektronische scooter bedienen[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassing*opmerkingen* |
| **4. Functie van de bovenste ledematen****en resterende functies met betrekking tot het gebruik van een gemotoriseerd aandrijfhulpmiddel**ICF/d440 / d445 / d465 | 🞎 | Kan een persoonlijk gemotoriseerd aandrijfhulpmiddel van het type joystick bedienen[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassingKan een persoonlijk gemotoriseerd aandrijfhulpmiddel met versterking of bewegingsactivator bedienen[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassingKan een persoonlijk gemotoriseerd aandrijfhulpmiddel van het type gemotoriseerd 5de wiel[ ]  Ja [ ]  Neen [ ]  Niet van toepassing*opmerkingen* |
| **5. Functie van het zitten met inbegrip van romp- en hoofdstabiliteit**ICF/d4153 / d410 | 🞎 | Kan zelfstandig en langdurig rechtop zitten[ ]  Ja [ ]  Neen Kan tijdens het zitten, de romp zelfstandig en langdurig stabiliseren[ ]  Ja [ ]  Neen Kan tijdens het zitten het hoofd zelfstandig en langdurig stabiliseren[ ]  Ja [ ]  Neen Kan zelfstandig van houding veranderen[ ]  Ja [ ]  Neen *opmerkingen* |
| **6. Stoornis: Cognitieve functies**ICF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176 | 🞎 | [ ]  Ja [ ]  Neen Indien ja, preciseer

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  orientatie in tijd | [ ]  orientatie in ruimte |
| [ ]  persoonlijke orientatie | [ ]  aandacht/concentratie |
| [ ]  geheugen | [ ]  psychomotorische functies |
| [ ]  andere |  |

*opmerkingen* |
| **7. Stoornis: uithouding & inspanningstolerantie**ICF/b410 / b440 / b455 / b740 | 🞎 | [ ]  Ja [ ]  Neen Indien ja, preciseer

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  cardiorespiratoir  | [ ]  O2 afhankelijk / beademing |
| [ ]  neuromusculair | [ ]  articulair |
| [ ]  musculair | [ ]  andere |

*opmerkingen* |
| **8. Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies** |
| 8.1. Risico op drukwonden | [ ]  Neen[ ]  Ja | [ ]  Sensibiliteitsstoornissentrofische stoornissen, anatomische afwijkingen, functionele afwijkingen, …[ ]  Incontinentie, allergie, transpiratie, ...[ ]  Kan zich niet lang genoeg opduwen om de stuit te ontlastenomwille van lichamelijke of mentale beperkingen of onvermogen, bewustzijnsprobleem, vermoeidheid, …*opmerkingen* |
| 8.2. Stoornis: spiertonus(spasticiteit/dystonie)ICF/b735 / b7356 | [ ]  Neen[ ]  Ja | [ ]  bovenste ledematen [ ]  onderste ledematen[ ]  romp [ ]  hoofd/nek*opmerkingen* |
| 8.3. Stoornis: spierkrachtICF/b730 | [ ]  Neen[ ]  Ja | [ ]  bovenste ledematen [ ]  onderste ledematen[ ]  romp [ ]  hoofd/nek*opmerkingen* |
| 8.4. Stoornis: controle willekeurige bewegingen / onwillekeurige bewegingenICF/b760 / b765 | [ ]  Neen[ ]  Ja | [ ]  bovenste ledematen [ ]  onderste ledematen[ ]  romp [ ]  hoofd/nek*opmerkingen* |
| 8.5. Stoornis: contracturen of ankyloseICF/b710 | [ ]  Neen[ ]  Ja | [ ]  bovenste ledematen [ ]  onderste ledematen[ ]  romp [ ]  hoofd/nek*opmerkingen* |
| 8.6. Gestalte & gewicht*(indien relevant)* |  | [ ]  lengte: [ ]  gewicht: *opmerkingen* |
| 8.7. Stoornis: zintuiglijke functiesICF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230 | [ ]  Neen[ ]  Ja | [ ]  sensibiliteit [ ]  visus [ ]  gehoor*opmerkingen* |
| 8.8. Stoornis: gedragICF/d720 | [ ]  Neen[ ]  Ja | *opmerkingen* |
| **9. Activiteiten en participatie** |
| 9.1. Activiteiten waarbij het gevraagde hulpmiddel zal gebruikt worden : | Thuis [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitSchool [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitWerk [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitBoodschappen [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitSociaal [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitCultureel [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitVrije tijd [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitSport [ ]  altijd [ ]  meestal [ ]  occasioneel [ ]  nooitAndere: *opmerkingen* |
| 9.2. Mobiliteit “korte afstand”In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van: | [ ]  loophulpmiddel [ ]  manuele rolstoel [ ]  wandelstok op wielen [ ]  elektronische scooter[ ]  elektronische rolstoel [ ]  aandrijfhulpmiddel*opmerkingen* |
| 9.3. Mobiliteit op lange afstanden |
| 9.3.1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals: | [ ]  loophulpmiddel [ ]  manuele rolstoel [ ]  aangepaste fiets [ ]  driewielfiets[ ]  handbike [ ]  driewiel zit- of ligfiets[ ]  wandelstok op wielen [ ]  andere[ ]  niet van toepassing*opmerkingen* |
| 9.3.2. Kan enkel een gemotoriseerd of elektronisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals: | [ ]  elektronische rolstoel [ ]  tractiesysteem voor rolstoel [ ]  elektronische scooter [ ]  fiets met elektromotor[ ]  driewielfiets met hulpmotor [ ]  handbike met hulpmotor[ ]  andere [ ]  aandrijfhulpmiddel*opmerkingen* |
| 9.3.3. Transport  | [ ]  gebruikt openbaar vervoer: [ ]  zelfstandig [ ]  met hulp[ ]  rijdt zelfstandig met een: [ ]  gewone wagen [ ]  aangepaste wagen transfer in/uit: [ ]  zelfstandig, [ ]  met hulp meenemen, monteren en demonteren rolstoel: [ ]  zelfstandig [ ]  met hulp[ ]  wordt vervoerd met: [ ]  gewone wagen [ ]  aangepaste wagen[ ]  wordt vervoerd met aangepast vervoer personen met een handicap[ ]  blijft zitten in de rolstoel in het voertuig[ ]  andere*opmerkingen* |
| 9.4. Omgevingsfactoren |
| 9.4.1. Woning en directe woonomgeving(in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel) | [ ]  toegankelijk [ ]  niet toegankelijk[ ]  zelfstandig [ ]  begeleiding van derden nodig*opmerkingen* |
| 9.4.2. Andere vaak bezochte plaatsen o.a. school / werkomgeving(in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel) | [ ]  toegankelijk [ ]  niet toegankelijk[ ]  zelfstandig [ ]  begeleiding van derden nodig*opmerkingen* |
| 9.4.3. Streekgebonden elementen(vlak, oneffen terrein, heuvelachtig) (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel) | [ ]  toegankelijk [ ]  niet toegankelijk[ ]  zelfstandig [ ]  begeleiding van derden nodig*opmerkingen* |
| 9.4.4. Huisbezoek | [ ]  Neen[ ]  Ja, door: ………………………………………................. (naam) …………………………………………………...... (functie) |

**Besluit en voorstel VAN HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM**

|  |
| --- |
|  |

*Dit multidisciplinair advies is opgemaakt door:*

|  |
| --- |
| Datum: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Arts (revalidatiearts) | NaamErkenningsnummer | Handtekening |
| Ergotherapeut of kinesitherapeut | NaamErkenningsnummer | Handtekening |
| Andere(functieomschrijving) | NaamErkenningsnummer | Handtekening |

**VakKEN bestemd voor de rechthebbende**

*In te vullen door de rechthebbende.*

|  |
| --- |
| [ ]  Ik heb volledige inzage gekregen in dit document**Opmerkingen** |
| Datum: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_Naam en handtekening van de rechthebbende of van zijn vertegenwoordiger (geef de link aan met de rechthebbende)……………...................................................... |