|  |
| --- |
| **Motiveringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen** |

|  |
| --- |
| **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) |  |
| Inschrijvingsnummer |  |
| De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)  |

# *In te vullen door de orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen/bandagist*

#### ALGEMENE TYPOLOGIE VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL (BASISUITRUSTING)

Dit motiveringsrapport wordt opgesteld voor

(naam en voornaam van de rechthebbende)

Het rapport heeft betrekking op een tweede rolstoel en/of een tweede antidecubituskussen (412078/412089)

* Ja 🞎 Neen

|  |  |
| --- | --- |
| Hoofdgroep: |  |
| Subgroep: |  |
| Nomenclatuurnummer: |  |
| Motivering : |  |

#### algemene Typologie aanpassingen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nomenclatuurnummer** | **Motivering** |
| **Onderste ledematen** |  |  |
| **Bovenste ledematen** |  |  |
| **Zithouding****(zit-ruggedeelte)** |  |  |
| **Veiligheid** |  |  |
| **Besturing/aandrijving** |  |  |
| **Bijzondere aanpassingen** |  |  |
| **Besturingssysteem met geïntegreerde omgevingsbediening****( tegemoetkoming alleen voor personen waarbij de handicap zich voordeed voor de leeftijd van 65 jaar)** |  |  |

#### maatwerk

|  |
| --- |
| * Dit motiveringsrapport betreft maatwerkverstrekking(en):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Motivering: |

**Bij een aanvraag voor een wandelstok op wielen moet een motiveringsrapport van een therapeut in een revalidatiecentrum worden bijgevoegd.**

#### Identificatie van de orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen

Dit advies is opgesteld door:

|  |  |
| --- | --- |
| Orthopedisch technoloog in de mobiliteitshulpmiddelen | Naam: Identificatienummer:  |
| Datum:  | Handtekening:  |

**Test de l’aide à la mobilité** (uniquement obligatoire pour les voiturettes électroniques, les scooters électroniques intérieur/extérieur et extérieur et les aides à la propulsion

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Test uitgevoerd voor de raadpleging van een multidisciplinair team: ☐ Ja ☐ Neen* De test heeft plaatsgevonden op ……………………………………………………………………………………………………..

**Mobiliteitshulpmiddel:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Elektronische rolstoel | ☐ Elektronische scooter | ☐ Aandrijfhulpmiddel |
|  ☐ Binnen |  ☐ Binnen |  |
|  ☐ Binnen - buiten |  ☐ Binnen - buiten |  |
|  ☐ Buiten |  ☐ Buiten |  |

Getest: ☐ Woonomgeving ☐ Instelling ☐ Werksituatie ☐ Andere : **Getest(e) model(len):** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Motivering van de keuze:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Beschrijving van de gebruiker**: ☐ Eerste gebruik ☐ Reeds ervaring

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Handfunctie** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed | ☐ Niet van toepassing |
| Andere mogelijkheden van besturing:  |
| **Rijvaardigheid** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed |  |
| **Inzicht in het gebruik** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed |  |
| **Inzicht in het verkeer** | ☐ Onvoldoende | ☐ Voldoende | ☐ Goed |  |
| **Transferts in en uit**  | ☐ Autonoom | ☐ Met hulp |  |  |
| **Opladen batterijen** | ☐ Autonoom | ☐ Met hulp |  |  |

 **Gebruiksdoel:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Binnenshuis | ☐ Buitenshuis | ☐ Korte afstand |
| ☐ Lange afstand | ☐ Sociaal leven/vrije tijd | ☐ Boodschappen |
| ☐ Werk/opleiding |  |  |

**Gebruiksfrequentie:** ☐ Permanent ☐ Dagelijks ☐ Meerdere dagen per week**Gebruiksduur:** ☐ Gedurende korte periodes [ ]  Gedurende langere periodes**Toegankelijkheid woning:** ☐ Met hulp van derden [ ]  Zelfstandig [ ]  Via garage/deur**Kan het apparaat opslaan:** ☐ Ja ☐ Nee**Specificaties woonomgeving:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Bijkomende opmerkingen:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Opmerkingen van de gebruiker (facultatief):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  |