

Bijlage 19bis (blad 1 – recto)

**MULTIDISCIPLINAIR FUNCTIONERINGSRAPPORT VOOR DE AANVRAAG VAN 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)	

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

In te vullen door de verstrekker die de rechthebbende naar het multidisciplinaire team verwijst

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
Telefoonnummer, e-mail adres	
Ondernemingsnummer	

Reden van verwijzing naar een multidisciplinair team

<p><i>Aanvraag van een</i></p> <p><input type="checkbox"/> kinderrolstoel: <input type="checkbox"/> manueel, <input type="checkbox"/> elektronisch</p> <p><input type="checkbox"/> manueel actief rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische binnen/buiten scooter</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische buitenscooter</p> <p><input type="checkbox"/> stasysteem</p>	<p><input type="checkbox"/> orthopedische driewielerfiets in cumul met manueel actief rolstoel voor volwassenen</p> <p><input type="checkbox"/> voortijdige hernieuwing van een rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> voortijdige aanpassing aan reeds afgeleverde rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> andere (bvb. maatwerk):</p>
--	--

Bijlage 19bis (blad 1 – verso)

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 www.rivm.nl/who-fic/icf.htm

FUNCTIE	ICF TYPERING	BESCHRIJVING
1. Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand) ICF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan veilig en zelfstandig rechtstaand werken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
2. Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand) ICF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen buitenshuis: kan veilig en zelfstandig stappen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan functioneel stappen op oneffen terrein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>

Bijlage 19bis (blad 2 – recto)

3. Functie van de bovenste ledematen en resterende functies in relatie tot rolstoelbesturing ICF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	Kan een manuele rolstoel binnen en buiten bedienen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan enkel op vlak terrein en binnenshuis een manuele rolstoel bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan enkel een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,.... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing Kan de noodzakelijke toestellen (telefoon, radio, tv, deuren,.....) zelfstandig bedienen vanuit de rolstoel, m.a.w. kan de directe omgeving zonder omgevingsbediening sturen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <u>opmerkingen</u>
4. Functie van de bovenste ledematen en resterende functies in relatie tot besturing van een elektronische scooter ICF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	Kan een elektronische scooter bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing <u>opmerkingen</u>
5. Functie van de staande houding ICF/d4154	<input type="checkbox"/>	Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan mits gebruik van een hulpmiddel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan rechtop staan mits ondersteuning door één of meerdere personen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan onmogelijk rechtop staan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
6. Functie van het zitten met inbegrip van romp- en hoofdstabiliteit ICF/d4153 / d410	<input type="checkbox"/>	Kan zelfstandig en langdurig rechtop zitten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan tijdens het zitten, de romp zelfstandig en langdurig stabiliseren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan tijdens het zitten het hoofd zelfstandig en langdurig stabiliseren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan zelfstandig van houding veranderen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>

Bijlage 19bis (blad 2 – verso)

7. Uitvoeren van transfers transfer in/uit de rolstoel ICF/d420 / d4200	<input type="checkbox"/>	Kan transfer zelfstandig uitvoeren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan transfer zelfstandig uitvoeren mits nemen van steun <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan enkel transfer uitvoeren met hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Transfer uitvoeren is zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp of liftsysteem <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
8. Stoornis: Cognitieve functies CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja, preciseren <input type="checkbox"/> oriëntatie in tijd <input type="checkbox"/> oriëntatie in persoon <input type="checkbox"/> geheugen <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u> <input type="checkbox"/> oriëntatie in plaats <input type="checkbox"/> aandacht/concentratie <input type="checkbox"/> psychomotorische functies
9. Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies:		
9.1. Risico op drukwonden	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Sensibiliteitsstoornissen trofische stoornissen, anatomische afwijkingen, functionele afwijkingen, ... <input type="checkbox"/> Incontinentie, allergie, transpiratie, ... <input type="checkbox"/> Kan zich niet lang genoeg opduwen om de stuit te ontlasten omwille van lichamelijke of mentale beperkingen of onvermogen, bewustzijnsprobleem, vermoeidheid, ... <u>opmerkingen</u>
9.2. Stoornis: spiertonus (spasticiteit/dystonie) ICF/b735 / b7356	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u> <input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek
9.3. Stoornis: spierkracht ICF/b730	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u> <input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek

Bijlage 19bis (blad 3 – recto)

9.4. Stoornis: controle willekeurige bewegingen / onwillekeurige bewegingen ICF/b760 / b765	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek		
9.5. Stoornis: contracturen of ankylose ICF/b710	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> romp <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> hoofd/nek		
9.6. Stoornis: uithouding & inspanningstolerantie ICF/b410 / b440 / b455 / b740	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> cardiorespiratoir <input type="checkbox"/> neuromusculair <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> O ₂ afhankelijk / beademing <input type="checkbox"/> andere		
9.7. Gestalte & gewicht (indien relevant)		<input type="checkbox"/> lengte: <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> gewicht:		
9.8. Stoornis: zintuiglijke functies ICF/b210 / b230 / b260 / b265 / b270	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> sensibiliteit <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> visus <input type="checkbox"/> gehoor		
9.9. Stoornis: gedrag CIF/d720	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja	<u>opmerkingen</u>			
10. Activiteiten en participatie					
10.1. Activiteiten waarbij het gevraagde hulpmiddel zal gebruikt worden:	Huishouden School Werk Boodschappen Sociaal Cultureel Vrije tijd Sport Andere:	<input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> altijd	<input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> meestal	<input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel <input type="checkbox"/> occasioneel	<input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> nooit
		<u>opmerkingen</u>			

Bijlage 19bis (blad 3 – verso)

<p>10.2. Mobiliteit "korte afstand" In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van:</p>	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel <input type="checkbox"/> elektronische rolstoel <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel <input type="checkbox"/> elektronische scooter
10.3. Mobiliteit "middellange afstand"		
<p>10.3.1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:</p>	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel <input type="checkbox"/> aangepaste fiets <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel <input type="checkbox"/> driewiel fiets <input type="checkbox"/> driewiel zit- of ligfiets
<p>10.3.2. Kan enkel een gemotoriseerd of elektronisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:</p>	<input type="checkbox"/> elektronische rolstoel <input type="checkbox"/> elektronische scooter <input type="checkbox"/> driewiel fiets met hulpmotor <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> tractiesysteem voor rolstoel <input type="checkbox"/> fiets met elektromotor <input type="checkbox"/> handbike met hulpmotor
<p>10.4. Transport op lange afstand:</p>	<input type="checkbox"/> gebruikt openbaar vervoer: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> rijdt zelfstandig met een <input type="checkbox"/> gewone wagen <input type="checkbox"/> aangepaste wagen transfer in/uit <input type="checkbox"/> zelfstandig, <input type="checkbox"/> met hulp meenemen, monteren en demonteren rolstoel : <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> wordt vervoerd met : <input type="checkbox"/> gewone wagen <input type="checkbox"/> aangepaste wagen <input type="checkbox"/> wordt vervoerd met aangepast vervoer personen met een handicap <input type="checkbox"/> blijft zitten in de rolstoel in het voertuig <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	
10.5. Omgevingsfactoren		
<p>10.5.1. Woning en directe woonomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.2. Andere vaak bezochte plaatsen o.a. school / werkomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.3. Streekgebonden elementen (vlak, oneffen terrein, heuvelachtig) (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.4. Huisbezoek</p>	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja, door (naam) (functie)	

Bijlage 19bis (blad 4 – recto)

BESLUIT EN VOORSTEL VAN HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM

--

Dit multidisciplinair advies is opgemaakt door:

Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Geneesheer (revalidatiearts)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Ergotherapeut of kinesitherapeut	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Andere (functieomschrijving)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening

Bijlage 19bis (blad 4 – verso)

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 de wettelijke vertegenwoordiger):*

.....