

**AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID**

Afdeling Gespecialiseerde Zorg

Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSEL

www.zorg-en-gezondheid.be

AANVRAAGFORMULIER VOOR TEGEMOETKOMING (deel 1: revalidatievoorziening)

IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

Klever verzekeringsinstelling:

IDENTIFICATIE VAN DE REVALIDATIEVOORZIENING

Naam van de revalidatievoorziening: Klik of tik om tekst in te voeren.

Erkenningsnummer Agentschap Zorg en Gezondheid: Klik of tik om tekst in te voeren.

AANVRAAG

- Eerste aanvraag: vereenvoudigde aanvraag¹
 aanvraag
- Vervolgaanvraag: vereenvoudigde aanvraag²
 verlenging
- Interdisciplinair advies gesprek: Klik of tik om een datum in te voeren. (enkel voor Pulderbos 7.76.5)
- Periode: Klik of tik om een datum in te voeren. t.e.m. Klik of tik om een datum in te voeren.

Ondertekening

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Naam, voornaam en handtekening verantwoordelijke zorgvoorziening: Klik of tik om tekst in te voeren.

Email-adres contactpersoon: Klik of tik om tekst in te voeren.

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING

Ontvangstdatum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Ondertekende aanvraag zorggebruiker aanwezig: ja neen

Ondertekend medisch verslag aanwezig: ja neen

Pseudonomenclatuurcodes: Klik of tik om tekst in te voeren.

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Naam, voornaam en handtekening Zorgkassencommissie

Beslissing:

weigering

goedkeuring

bijkomende informatie nodig: Klik of tik om tekst in te voeren.

¹ Enkel mogelijk voor de volgende voorzieningen: Inkendaal, NAH Turnhout, respijthuizen, 7.72, 7.73, CAR aanvangsbilan, groep 8 CAR, groep 9 CAR en 7.90

² Enkel mogelijk voor de volgende voorzieningen: 9.69, CAR (alle groepen), respijthuizen, 7.74.5, 7.74.6, COT en De Dauw en 7.90

**AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID****Afdeling Gespecialiseerde Zorg**

Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSEL

www.zorg-en-gezondheid.be**AANVRAAGFORMULIER VOOR TEGEMOETKOMING (deel 2: zorggebruiker)****IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER**

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

De zorggebruiker bevestigt zijn aanvraag tot zorg, verklaart te zijn ingelicht over de voorwaarden van de revalidatieovereenkomst en/of de voorwaarden voor tegemoetkoming in de reiskosten bij vervoer in een rolstoel en is op de hoogte gebracht van de vergoedingen die de desbetreffende revalidatievoorziening of vervoerder voor deze zorg zal ontvangen.

De zorggebruiker is op de hoogte gebracht van de revalidatiedoelstellingen en de eventuele gevolgen.

TYPE TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN BIJ REVALIDATIE IN EEN REVALIDATIEVOORZIENING ONDER VLAAMSE BEVOEGDHEID

- Naam van de revalidatievoorziening: Klik of tik om tekst in te voeren.
- Erkenningsnummer Agentschap Zorg en Gezondheid: Klik of tik om tekst in te voeren.
- Eerste aanvraag / Vervolgaanvraag
- Periode: Klik of tik om een datum in te voeren. t.e.m. Klik of tik om een datum in te voeren.

 IN DE REISKOSTEN VOOR DE VERPLAATSING IN EEN ROLSTOEL NAAR BEPAALDE REVALIDATIEVOORZIENINGEN

Verplicht bij dit aanvraagformulier hoort een gemotiveerd medisch getuigschrift dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn pathologie, enkel in zijn rolstoel kan vervoerd worden.

 IN DE REISKOSTEN VOOR DE VERPLAATSING IN EEN ROLSTOEL NAAR EEN ROLSTOELADVIESTEAM

Verplicht bij dit aanvraagformulier hoort een gemotiveerd medisch getuigschrift dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn pathologie, enkel in zijn rolstoel kan vervoerd worden.

Het gemotiveerd medisch getuigschrift is gestandaardiseerd: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-voor-de-aanvraag-van-tegemoetkomingen-voor-revalidatieverstrekkingen#reiskosten>

De zorggebruiker engageert zich om naar de beste mogelijkheid van zijn toestand zich maximaal in te zetten om de zorg op een efficiënte manier toe te passen om de revalidatiedoelstellingen te halen.

Ondertekening

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Handtekening zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger:

Naam en voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Deel 3: MEDISCH VERSLAG 7.90

IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren. Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

INDICATIE

Indicatie tot het opstellen van een multidisciplinair rolstoeladviesrapport in het kader van het VSB decreet van 18/05/2018 voor het bekomen van een mobiliteitshulpmiddel: Klik of tik om tekst in te voeren.

GEVRAAGDE PRESTATIE

Omschrijving	Revalidatie-overeenkomst 7.90.0 of 7.90.1		Revalidatie-overeenkomst 7.90.2	
	Ambulant	Gehospitaliseerd	Ambulant	Gehospitaliseerd
Rolstoeladviesrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen de revalidatievoorziening een revalidatieprogramma volgen.	<input type="checkbox"/> 770313	<input type="checkbox"/> 770324	<input type="checkbox"/> 770350	<input type="checkbox"/> 770361
Rolstoeladviesrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma volgen.	<input type="checkbox"/> 770335	<input type="checkbox"/> 770346	<input type="checkbox"/> 770372	<input type="checkbox"/> 770383

- Datum van de aanvraag⁴: Klik of tik om een datum in te voeren.
- Indien het rolstoeladviesrapport nog niet gerealiseerd werd, dient dit te gebeuren binnen een termijn van **twintig werkdagen na de dag waarop de gebruiker zich heeft aangemeld bij het team.**
- Indien het rolstoeladviesrapport reeds gerealiseerd werd, gebeurde dit op datum: Klik of tik om een datum in te voeren.⁵

Ondertekening

De arts verbonden aan de revalidatievoorziening waarborgt dat alle bovenstaande gegevens oprecht zijn en waarheidsgetrouw. Hij/zij waarborgt dat voor deze rechthebbende de verplichtingen en voorwaarden vastgelegd in deze overeenkomst vervuld zijn.

Datum: Klik of tik om een datum in te voeren.

Handtekening, stempel en Rizivnummer
van een behandelend arts van de revalidatievoorziening:

Naam en voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

⁴ De datum van aanvraag komt overeen met de datum waarop u werd gevraagd om een functioneringsgesprek op te stellen.

⁵ De datum van de prestatie komt overeen met de datum waarop het functioneringsrapport werd gefinaliseerd en opgestuurd.