

## Waarvoor dient dit rapport?

### VSB

Dit rapport dient verplicht toegevoegd te worden bij een aanvraag voor een tegemoetkoming voor een **mobiliteitshulpmiddel** (elektronische rolstoel, elektronische scooter, actief rolstoel,...).

### VAPH

Dit rapport dient door uw multidisciplinair team (MDT) gespecialiseerd voor snel degeneratieve aandoeningen verplicht toegevoegd te worden bij een aanvraag voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen voor **communicatie, computer- of omgevingsbediening in huur** voor personen met een snel degeneratieve aandoening.

## Wie vult dit rapport in?

### VSB

Het rapport dient ingevuld te worden door een rolstoeladviesteam, erkend door VSB.

### VAPH

Het rapport dient ingevuld te worden door een gespecialiseerd multidisciplinair team (MDT) voor snel degeneratieve aandoeningen, erkend door VAPH.

## Aan wie bezorgt u dit rapport?

### RAT

Het rolstoeladviesteam bezorgt dit rapport aan de gebruiker.

### VSB

Met dit rapport kunt u zich wenden tot een orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen naar keuze. Deze verstrekker kan de aanvraag voor het mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen indienen bij uw zorgkas.

### VAPH

Met dit rapport kunt u zich wenden tot een verstrekker gemachtigd voor het verhuren van hulpmiddelen voor personen met een snel degeneratieve aandoening.

## Samen- of uitvouwen bij het invullen van het rapport.

Bij het openen van dit formulier zijn alle luiken en vragen standaard uitgevouwen. Vragen en/of luiken die u kan overslaan, zijn eenvoudig samen te vouwen door te klikken op de driehoekjes die verschijnen naast elk luik en elke vraag.

## Luik A: identificatie van de gebruiker

### 1. Vul hieronder de gegevens in van de gebruiker waarvoor het rolstoeladviesrapport wordt opgemaakt.

voor- en achternaam

.....

straat en nummer

.....

postnummer en gemeente

.....

telefoonnummer

.....

e-mailadres

.....

rijksregisternummer

.....

geboortedatum

dag ..... maand ..... jaar .....

**2. Reden van verwijzing naar het rolstoeladviesteam.**

- Aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB voor een gebruiker die **geen** snel degeneratieve aandoening heeft  
Specificeer:
- Aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB voor een gebruiker **met** een snel degeneratieve aandoening  
Specificeer:
- Aanvraag van een hernieuwing van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB  
Specificeer:
- Aanvraag van een voortijdige hernieuwing van een mobiliteitshulpmiddel bij VSB  
Specificeer:
- Aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel via de Bijzondere Technische Commissie VSB  
Specificeer:
- Aanvraag van een hulpmiddel voor communicatie, computer- of omgevingsbediening bij VAPH  
Specificeer:

**Luik B: identificatie van het rolstoeladviesteam**

**3. Vul hieronder de gegevens in van het rolstoeladviesteam.**

naam rolstoeladviesteam .....

erkenningsnummer bij VSB .....

erkenningsnummer bij VAPH  
*Enkel in te vullen bij een aanvraag voor VAPH hulpmiddelen (SDA)* .....

adres .....

contactpersoon .....

telefoonnummer .....

e-mailadres .....

**Luik C: diagnose en huidige medische situatie van de gebruiker**

**4. Zijn de beperkingen het gevolg van een ongeval?**

- Ja
- Neen

**5. Heeft de gebruiker een beroep gedaan op locomotorische of neurologische revalidatie in een revalidatieziekenhuis of een revalidatievoorziening gedurende de afgelopen maand?**

*Met revalidatie wordt bedoeld: het betreft een recent medisch voorval, dat aanleiding heeft gegeven tot het ontstaan of de verergering van mobiliteitsbeperkingen die het gevolg zijn van een locomotorische of neurologische problematiek en de evolutie van de beperkingen is nog niet gestabiliseerd.*

- Ja
- Neen

**6. Is de gebruiker momenteel gehospitaliseerd in een ziekenhuis?**

*Met ziekenhuis wordt bedoeld: algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis, m.u.v. psychiatrische ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.*

Ja. Ga naar vraag 7

Neen. Ga naar vraag 8

**7. Is de ontslagregeling gekend of is er in het revalidatieplan sprake van een voorbereiding van ontslag?**

Ja

Neen

**8. A) Wat is de diagnose OF de omschrijving van de huidige medische situatie?**

*U kunt ook een recent of geactualiseerd medisch verslag in bijlage toevoegen.  
In geval van unilaterale aandoening, links of rechts specificeren.*

---

**B) Indien meerderjarig; is het "palliatief forfait" aangevraagd voor deze persoon?**

Ja

Neen

**9. Heeft de gebruiker een snel degeneratieve aandoening?**

Ja. Ga naar vraag 10

Neen. Ga naar Luik D

**Vraag 10 en 11**

**10. Vink aan indien de gebruiker één van onderstaande ziektebeelden heeft.**

Amyotrofe laterale sclerose

Primaire laterale sclerose

Progressieve spinale musculaire atrofie

Multisysteematrofie

De gebruiker lijdt aan een andere neuromusculaire aandoening waarbij het team adviseert om deze gelijk te stellen met een snel degeneratieve aandoening en het team adviseert voor de gebruiker het huursysteem SDA

Beschrijving van het ziektebeeld:

Specificeer:

**11. Vink aan indien de gebruiker zich in één van onderstaande situaties bevindt.**

**Aanvraag mobiliteitshulpmiddel VSB (ga hierna naar luik D)**

- 11.1  Er is een snelle negatieve prognose van het ziektebeeld of toenemende beperkingen te verwachten binnen een termijn van één jaar of minder, wat betreft de mobiliteit en verplaatsing: van zelfstandig stappen naar de onmogelijkheid om zonder hulp van derden op te staan en zich te verplaatsen.

**Aanvraag hulpmiddel VAPH (ga hierna naar luik F)**

- 11.2  Er is minimaal een matige communicatieve beperking wat het spreken betreft. Er is bovendien een snelle en onomkeerbare achteruitgang van de spraakfunctie te verwachten, met een evolutie naar niet verstaanbaar spreken.
- 11.3  Er is minimaal een matig functieverlies in beide bovenste ledematen wat betreft het manipuleren en het gebruiken van arm en hand voor computerbediening. Er is bovendien een snelle en onomkeerbare achteruitgang van de functie van de bovenste ledematen te verwachten, met een evolutie naar de onmogelijkheid om zonder hulpmiddelen of aanpassingen de computer te bedienen.
- 11.4  Er is minimaal een matig functieverlies in beide bovenste ledematen wat betreft het manipuleren en het gebruiken van arm en hand voor de bediening van toestellen in de omgeving. Er is bovendien een snelle en onomkeerbare achteruitgang van de functie van de bovenste ledematen te verwachten, met een evolutie naar de onmogelijkheid om zonder hulpmiddelen of aanpassingen toestellen in de omgeving te bedienen.

**Luik D: functioneringsrapport in relatie tot het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel**

**12. Indiceer de functionele beperkingen van de gebruiker aan de hand van ICF.**

| FUNCTIE   | ICF<br>TYPERING | BESCHRIJVING   |
|---|-----------------|--|
| <p><b>1. Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand)</b><br/>ref. tot 1.000m<br/>ICF/d4500 / d4600</p>                                       |                 | <p>Kan functioneel stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen<br/>                     Kan veilig en zelfstandig rechtstaand werken<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen<br/>                     Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen<br/> <u>opmerkingen</u></p>   |
| <p><b>2. Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand)</b><br/>ICF/d4501 / d4602<br/>ref. meer dan 1.000m</p>                                  |                 | <p>Kan functioneel stappen buitenshuis: kan veilig en zelfstandig stappen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen<br/>                     Kan functioneel stappen op oneffen terrein<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen<br/>                     Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen<br/> <u>opmerkingen</u></p>   |
| <p><b>3. Functie van de bovenste ledematen in relatie tot rolstoelbesturing en gebruik van toestellen in de omgeving</b><br/>ICF/d440 / d445 / d465</p> |                 | <p>Kan een manuele rolstoel binnen en buiten bedienen.<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing<br/>                     Kan enkel op vlak terrein en binnenshuis een manuele rolstoel bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing<br/>                     Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick.<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan de noodzakelijke toestellen (telefoon, radio, tv, deuren,.....) zelfstandig bedienen vanuit de rolstoel, m.a.w. kan de directe omgeving zonder omgevingsbediening sturen.<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Restfuncties in relatie tot rolstoelbesturing<br/>                     Kan enkel een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,....</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing<br><i>opmerkingen</i>  |
| <b>4. Functie van de bovenste ledematen in relatie tot besturing van een elektronische scooter</b><br>ICF/d440 / d445 / d465 |  | Kan een elektronische scooter bedienen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Niet van toepassing<br><i>opmerkingen</i>  |
| <b>5. Functie van de staande houding</b><br>ICF/d4154  |  | Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan mits gebruik van een hulpmiddel<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan rechtop staan mits ondersteuning door één of meerdere personen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan onmogelijk rechtop staan<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br><i>opmerkingen</i>                            |
| <b>6. Functie van het zitten met inbegrip van romp- en hoofdstabiliteit</b><br>ICF/d4153 / d410                              |  | Kan zelfstandig en langdurig rechtop zitten<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan tijdens het zitten, de romp zelfstandig en langdurig stabiliseren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan tijdens het zitten het hoofd zelfstandig en langdurig stabiliseren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan zelfstandig van houding veranderen<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br><i>opmerkingen</i>                  |
| <b>7. Uitvoeren van transfers transfer in/uit de rolstoel</b><br>ICF/d420 / d4200  |  | Kan transfer zelfstandig uitvoeren<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan transfer zelfstandig uitvoeren mits nemen van steun<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Kan enkel transfer uitvoeren met hulp en ondersteuning van een gebruiker<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Transfer uitvoeren is zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp of liftsysteem<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br><i>opmerkingen</i> |
| <b>8. Stoornis: Cognitieve functies</b><br>ICF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176                  |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen<br>Indien ja, preciseren<br><input type="checkbox"/> oriëntatie in tijd<br><input type="checkbox"/> oriëntatie in gebruiker<br><input type="checkbox"/> geheugen<br><input type="checkbox"/> andere<br><i>opmerkingen</i><br><input type="checkbox"/> oriëntatie in plaats<br><input type="checkbox"/> aandacht/concentratie<br><input type="checkbox"/> psychomotorische functies  |

|   |   |
|---|---|
| <b>9. Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies:</b> |   |
| 9.1. Risico op drukwonden                                 | <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Sensibiliteitsstoornissen<br><input type="checkbox"/> Ja    trofische stoornissen, anatomische afwijkingen, functionele afwijkingen, ...<br><input type="checkbox"/> Incontinentie, allergie, transpiratie, ...<br><input type="checkbox"/> Kan zich niet lang genoeg opduwen om de stuit te ontlasten<br>omwille van lichamelijke of mentale beperkingen of onvermogen,<br>bewustzijnsprobleem, vermoeidheid, ...<br><i>opmerkingen</i> |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 9.2. Stoornis: spiertonus (spasticiteit/dystonie) ICF/b735 / b7356                          | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> bovenste ledematen<br><input type="checkbox"/> romp<br><u>opmerkingen</u>          | <input type="checkbox"/> onderste ledematen<br><input type="checkbox"/> hoofd/nek                  |
| 9.3. Stoornis: spierkracht ICF/b730   | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> bovenste ledematen<br><input type="checkbox"/> romp<br><u>opmerkingen</u>          | <input type="checkbox"/> onderste ledematen<br><input type="checkbox"/> hoofd/nek                  |
| 9.4. Stoornis: controle willekeurige bewegingen / onwillekeurige bewegingen ICF/b760 / b765 | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> bovenste ledematen<br><input type="checkbox"/> romp<br><u>opmerkingen</u>          | <input type="checkbox"/> onderste ledematen<br><input type="checkbox"/> hoofd/nek                  |
| 9.5. Stoornis: contracturen of ankylose ICF/b710  | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> bovenste ledematen<br><input type="checkbox"/> romp<br><u>opmerkingen</u>          | <input type="checkbox"/> onderste ledematen<br><input type="checkbox"/> hoofd/nek                  |
| 9.6. Stoornis: uithouding & inspanningstolerantie ICF/b410 / b440 / b455 / b740             | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> cardiorespiratoir<br><input type="checkbox"/> neuromusculair<br><u>opmerkingen</u> | <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> afhankelijk / beademing<br><input type="checkbox"/> andere |
| 9.7. Gestalte & gewicht   |  | <input type="checkbox"/> lengte:<br><u>opmerkingen</u>  | <input type="checkbox"/> gewicht:  |
| 9.8. Stoornis: zintuiglijke functies ICF/b210 / b230 / b260 / b265 / b270                   | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> sensibiliteit<br><u>opmerkingen</u>  | <input type="checkbox"/> visus<br><input type="checkbox"/> gehoor                                  |
| 9.9. Stoornis: gedrag CIF/d720  | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja | <u>opmerkingen</u>  |  |

## 10. Activiteiten en participatie

|  |  |  |                                  |                                      |                                |
|--|--|--|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 10.1. Activiteiten waarbij het gevraagde hulpmiddel zal gebruikt worden:                         | Huishouden   | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | School   | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Werk   | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Boodschappen   | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Sociaal  | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Cultureel  | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Vrije tijd   | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Sport  | <input type="checkbox"/> altijd  | <input type="checkbox"/> meestal | <input type="checkbox"/> occasioneel | <input type="checkbox"/> nooit |
|  | Ander: .....   |  |                                  |                                      |                                |
| <u>opmerkingen</u>   |  |  |                                  |                                      |                                |
| 10.2. Mobiliteit "korte afstand" In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van: | <input type="checkbox"/> loophulpmiddel<br><input type="checkbox"/> elektronische rolstoel<br><u>opmerkingen</u>   | <input type="checkbox"/> manuele rolstoel<br><input type="checkbox"/> elektronische scooter  |                                  |                                      |                                |
| 10.3. Mobiliteit "middellange afstand"   |  |  |                                  |                                      |                                |
| 10.3.1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:                                 | <input type="checkbox"/> loophulpmiddel<br><input type="checkbox"/> aangepaste fiets<br><input type="checkbox"/> handbike<br><input type="checkbox"/> andere<br><u>opmerkingen</u> | <input type="checkbox"/> manuele rolstoel<br><input type="checkbox"/> driewiel fiets<br><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<br><input type="checkbox"/> elektronische scooter<br><input type="checkbox"/> driewielers met hulpmotor<br><input type="checkbox"/> andere<br><u>opmerkingen</u>  | <input type="checkbox"/> tractiesysteem voor rolstoel<br><input type="checkbox"/> fiets met elektromotor<br><input type="checkbox"/> handbike met hulpmotor  |
| <p>10.4. Transport op lange afstand:</p>   | gebruikt openbaar vervoer: <input type="checkbox"/> zelfstandig<br>rijdt zelfstandig met: <input type="checkbox"/> gewone wagen<br>transfer in/uit: <input type="checkbox"/> zelfstandig<br>meenemen, monteren en demonteren rolstoel: <input type="checkbox"/> zelfstandig<br>wordt vervoerd met: <input type="checkbox"/> gewone wagen<br><input type="checkbox"/> andere<br><u>opmerkingen</u> | <input type="checkbox"/> met hulp<br><input type="checkbox"/> aangepaste wagen<br><input type="checkbox"/> met hulp<br><input type="checkbox"/> met hulp<br><input type="checkbox"/> aangepaste wagen<br><input type="checkbox"/> aangepast vervoer personen met een handicap<br><input type="checkbox"/> blijft zitten in de rolstoel in het voertuig |
| <p>10.5. Omgevingsfactoren</p>   |   |  |
| <p>10.5.1. Woning en directe woonomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>                                 | <input type="checkbox"/> toegankelijk<br><input type="checkbox"/> zelfstandig<br><u>opmerkingen</u>   | <input type="checkbox"/> niet toegankelijk<br><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<br><input type="checkbox"/> zelfstandig<br><u>opmerkingen</u>   | <input type="checkbox"/> niet toegankelijk<br><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<br><input type="checkbox"/> zelfstandig<br><u>opmerkingen</u>   | <input type="checkbox"/> niet toegankelijk<br><input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig  |

### 13. Bijkomende inlichtingen.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Houdingsanomalieën           | <input type="checkbox"/> Incontinentie                          |
| <input type="checkbox"/> Huidproblemen, doorzitwonden | <input type="checkbox"/> Stoornissen van het ademhalingsstelsel |
| <input type="checkbox"/> Andere: specificeer:         |   |

**14. Besluit/samenvatting – functionele indicaties van de gebruiker.**

**15. Voorstel van type mobiliteitshulpmiddel waarbij een RAR verplicht is.**

- Manueel actief rolstoel volwassene
- Manueel actief rolstoel met individuele maatvoering volwassene
- Manuele rolstoel met mechanische of elektronische sta-functie volwassene
- Elektronische rolstoel volwassene
- Elektronische kinderrolstoel
- Elektronische binnen/buitenscooter
- Elektronische buitenscooter
- Rolstoelonderstel orthopedische zitschelp
- Rolstoelonderstel uitgevoerd met een modulair aanpasbare ziteenheid
- Zitdriewiel fiets
- Elektrisch instelbare statafel
- Mobiliteitshulpmiddel niet opgenomen op de productlijst. Specificeer:

**16. Voorstel aanpassingen aan het mobiliteitshulpmiddel.**

- Functionele specificaties onderste ledematen & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties bovenste ledematen & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties algemene zithouding en positionering & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties aandrijving/besturing & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties gebruikdoeleinden & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties – technische aspecten & voorstel aanpassingen
- Functionele specificaties preventie van doorzitwonden & voorstel aanpassingen
- Voorstel rolstoelonderstel met modulair aanpasbare ziteenheid & aanpassingen
- Functionele specificaties – bijzonder maatwerk & voorstel maatwerk
- Functionele specificaties – bijzondere aanpassingen & voorstel aanpassingen niet op productlijst
- Andere: specificeer:



**17. Betreft het een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel dat wordt aangevraagd via de Bijzondere Technische Commissie?**

- Ja. Specificeer welk mobiliteitshulpmiddel  
*Ga naar vraag 18*
- Neen. *Ga naar vraag 19*

**18. Motiveer waarom de gebruiker nood heeft aan dit specifiek mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen en waarom dit dossier voorgelegd zou moeten worden aan de Bijzondere Technische Commissie.**

- Mobiliteitshulpmiddel opgenomen op de productlijst: motiveer:
- Mobiliteitshulpmiddel NIET opgenomen op de productlijst: motiveer:
- Bijzondere aanpassingen opgenomen op de productlijst: motiveer:
- Bijzondere aanpassingen NIET opgenomen op de productlijst: motiveer:
- Mobiliteitshulpmiddel maatwerk: motiveer:
- Aanpassingen maatwerk: motiveer:
- Andere: motiveer:

**19. Betreft het een eerste aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel?**

- Ja. *Ga naar vraag 21*
- Neen. *Ga naar vraag 20*

**20. Is er bij de gebruiker sprake van een pathologische wijziging ten opzichte van de vorige aanvraag?**

- Ja
- Neen

**21. Is het gebruik definitief?**

- Ja
- Neen

**22. Wat zal de vermoedelijke frequentie van gebruik zijn van het gevraagde mobiliteitshulpmiddel?**

- Occasioneel gebruik
- Dagelijks gebruik
- Permanent gebruik/volledig rolstoel gebonden

**23. Heeft de gebruiker nood aan een tweede manuele rolstoel?**

- Ja, specificeer type rolstoel  
*Ga naar vraag 24*
- Neen, *ga naar vraag 25*

**24. Vink aan als de gebruiker zich in één van onderstaande situaties bevindt of motiveer waarom de gebruiker nood heeft aan een tweede manuele rolstoel.**

- De gebruiker verblijft in een semi-residentiële of residentiële voorziening en zijn rolstoel kan niet vervoerd worden en hij heeft thuis een rolstoel nodig
- De gebruiker moet thuis een verdieping overbruggen en beschikt daarvoor alleen over een traplift of een rolstoelontoegankelijke lift en er zijn geen plannen op korte termijn om het huis volledig rolstoeltoegankelijk te maken op de gelijkvloerse verdieping
- De gebruiker heeft reeds een tegemoetkoming ontvangen voor een elektronische rolstoel
- De gebruiker heeft een rolstoel nodig in het kader van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding en kan bij het besturen van de wagen zijn rolstoel niet zelfstandig meenemen

**25. Enkel bij aanvraag van een ELEKTRONISCHE SCOOTER: voor welke tegemoetkoming voor onderhouds- en herstellingskosten komt de gebruiker in aanmerking?**

- De gebruiker heeft een bewezen en definitieve volledige verplaatsingsstoornis hij/zij kan niet staan of stappen binnenshuis en verplaatsingen buitenshuis zonder de scooter zijn onmogelijk  
*Motiveer*
- BOVENDIEN zal de gebruiker de elektronische scooter gebruiken voor professionele doeleinden zoals het volgen van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding  
*Motiveer*
- OF  
De gebruiker lijdt aan een evolutieve neuromusculaire aandoening, een evolutieve myopathie, multiple sclerose, tetraparese, quadriparese of chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis, namelijk reumatoïde artritis, spondyloartropathie, juveniele chronische artritis, systemische lupus en sclerodermie volgens de definitie die aanvaard is door de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie, waarbij de elektronische scooter de enige aangewezen mobiliteitsoplossing is  
*Motiveer*
- GEEN VAN BOVENSTAANDE**, de gebruiker komt enkel in aanmerking voor een **BASISFORFAIT** onderhoud en herstelling

**26. Functioneren m.b.t. communicatie, computer- en omgevingsbediening.**

| FUNCTIE   | ICF<br>TYPERING | BESCHRIJVING   |
|---|-----------------|--|
| <p>1. Functie van de bovenste ledematen in relatie tot bediening van toestellen in de omgeving, een computer, een smartphone, een tablet of een communicatietoestel ICF/d440 /d445 / d465</p> |                 | <p>Kan de noodzakelijke toestellen (gsm, radio, tv, deuren,.....) via de standaard bediening (knoppen of afstandsbediening) bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan de standaard computermuis en het toetsenbord bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan het aanraakscherm van een smartphone of tablet met de handen bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Restfuncties in relatie tot bediening van toestellen in de omgeving, een computer, een smartphone, een tablet of een communicatietoestel</p> <p>Kan de cursor via een hoofdmuis bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan de cursor via een oogsturing bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p>Kan een of meer aangepaste schakelaars bedienen<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing</p> <p><u>opmerkingen</u></p> |
| <p>2. Spreken ICF/d330</p>  |                 | <p>Kan gedurende een normale conversatie verstaanbaar spreken<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>Kan slechts verstaanbaar spreken gedurende enkele minuten wegens snelle vermoeibaarheid van articulatiespieren en/of afnemende ademsteun en stemvolume<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>Kan slechts verstaanbaar spreken gedurende beperkte dagdelen wegens vermoeibaarheid van articulatiespieren en/of afnemende ademsteun en stemvolume<br/> <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen</p> <p><u>opmerkingen</u></p>  |

**27. In geval het een aanvraag betreft voor een jongere via de intersectorale toegangspoort, duidt de handicapcodes aan die van toepassing zijn.**

1213 (Loco)motorische stoornis: algemeen motorische stoornis

1261 Stem en spraakstoornis: articulatie, vloeiendheid en ritme van spreken

**28. Voorstel type hulpmiddel.**

Communicatie type 1

Toelichting bij keuze:

Communicatie type 2

Toelichting bij keuze:

Computer type 1

Toelichting bij keuze:

Computer type 2

Toelichting bij keuze:

Omgevingsbediening type 1

Toelichting bij keuze:

Omgevingsbediening type 2

Toelichting bij keuze:

All-in type 1

Toelichting bij keuze:

All-in type 2

Toelichting bij keuze:

Montage type 1

Toelichting bij keuze:

Montage type 2

Toelichting bij keuze:

Geen van de huurpakketten voldoet

Vul vakken 29 & 30 in.

**29. In geval geen van de huurpakketten voldoet, specificeer de alternatieve oplossing i.f.v communicatie, computer- of omgevingsbediening die aan de Bijzondere Bijstandsc commissie (VAPH) moet voorgelegd worden.**

**30. Toon aan dat de voorgestelde oplossing in 29 adequaat is en geef aan waarom de huurpakketten niet voldoen.**

## Luik G: aflevering en ondertekening

### 31. Datum van aanmelding van de gebruiker bij het rolstoeladviesteam.

dag ..... maand ..... jaar .....

### 32. Datum aflevering rolstoeladviesrapport aan de gebruiker.

dag ..... maand ..... jaar .....

Indien de doorlooptijd van 20 werkdagen (tussen aanmelding en aflevering) werd opgeschort (zie BVR art. 352), motiveer waarom:

### 33. Vond er een huisbezoek plaats bij de gebruiker.

- Ja  
 Een verslag is toegevoegd als bijlage  
 Neen

### 34. Bijlagen.

Aantal en omschrijving

### 35. Volgt de gebruiker een revalidatieprogramma binnen de instelling of is de gebruiker opgenomen in de instelling?

- Ja, de gebruiker is opgenomen  
 Ja, de gebruiker volgt ambulante revalidatie  
 Neen

### 36. Ondertekening door het rolstoeladviesteam

Hierbij verklaart het team (vermeld in luik B) dat de gebruiker (vermeld in luik A) volledige inzage heeft gekregen in dit document.

Het team verklaart akkoord te gaan dat dit document wordt voorgelegd aan de zorgkas van aansluiting van de gebruiker in het kader van een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel en hier wordt verwerkt.

#### Arts

datum dag ..... maand ..... jaar .....

handtekening .....

voor- en achternaam .....

erkenningsnummer .....

#### Ergotherapeut of kinesitherapeut

handtekening .....

voor- en achternaam .....

erkenningsnummer .....

**Ander lid van het rolstoeladviesteam (facultatief)**

handtekening

.....  
voor- en achternaam

discipline of  
erkenningsnummer  
.....

**37. Ondertekening door de gebruiker of vertegenwoordiger.**

- Ik bevestig dat ik volledige inzage heb gekregen in dit document.
- Ik ga akkoord dat dit Rolstoeladviesrapport door mijn orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen wordt ingediend bij mijn zorgkas van aansluiting en hier wordt verwerkt, in het kader van mijn aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel.
- Ik ga akkoord dat dit document voorgelegd wordt aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en indien van toepassing aan de Intersectorale Toegangspoort voor de aanvraag van huur van hulpmiddelen voor communicatie, computer- of omgevingsbediening en bevestig dat ik voldoe aan de leeftijds- en verblijfsvoorwaarden om ondersteuning te krijgen van het VAPH (zie website VAPH voor meer informatie hierover: [www.vaph.be/voorwaarden](http://www.vaph.be/voorwaarden)).

datum      dag      maand      jaar  
.....      .....      .....      .....

handtekening

.....  
voor- en achternaam

**Gegevens van de vertegenwoordiger die tekent in naam van de gebruiker.**

handtekening

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

relatie met gebruiker