**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 rechtebbende 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

|  |  |
| --- | --- |
| *Aanvraag van een*  kinderrolstoel:  manueel,  elektronisch  manueel actief rolstoel  elektronische rolstoel  elektronische binnen/buiten scooter  elektronische buitenscooter  stasysteem | orthopedische driewielerfiets in cumul met  manueel actief rolstoel voor volwassenen  voortijdige hernieuwing van een rolstoel  voortijdige aanpassing aan reeds afgeleverde rolstoel  andere (bvb. maatwerk): |

**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**](http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Functie** | **ICF Typering** | | **Beschrijving** | |
| 1. **Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand)** ICF/d4500 / d4600 | | 🞎 | | Kan functioneel stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten  Ja  Neen  Kan veilig en zelfstandig rechtstaand werken  Ja  Neen  Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen  Ja  Neen  *opmerkingen* |
| 1. **Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand)** ICF/d4501 / d4602 | | 🞎 | | Kan functioneel stappen buitenshuis: kan veilig en zelfstandig stappen  Ja  Neen  Kan functioneel stappen op oneffen terrein  Ja  Neen  Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen  Ja  Neen  *opmerkingen* |

**Bijlage 19bis (blad 2 – recto)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Functie van de bovenste ledematen en resterende functies in relatie tot rolstoelbesturing** ICF/d440 / d445 / d465 | 🞎 | Kan een manuele rolstoel binnen en buiten bedienen.  Ja  Neen  Niet van toepassing  Kan enkel op vlak terrein en binnenshuis een manuele rolstoel bedienen  Ja  Neen  Niet van toepassing  Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick.  Ja  Neen  Niet van toepassing  Kan enkel een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,….  Ja  Neen  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.  Ja  Neen  Niet van toepassing  *opmerkingen* |
| 1. **Functie van de bovenste ledematen en 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* |
| 1. **Functie van de staande houding** ICF/d4154 | 🞎 | Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan  Ja  Neen  Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan mits gebruik van een hulpmiddel  Ja  Neen  Kan rechtop staan mits ondersteuning door één of meerdere personen  Ja  Neen  Kan onmogelijk rechtop staan  Ja  Neen  *opmerkingen* |
| 1. **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* |

**Bijlage 19bis (blad 2 – verso)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Uitvoeren van transfers transfer in/uit de rolstoel** ICF/d420 / d4200 | 🞎 | | Kan transfer zelfstandig uitvoeren  Ja  Neen  Kan transfer zelfstandig uitvoeren mits nemen van steun  Ja  Neen  Kan enkel transfer uitvoeren met hulp en ondersteuning van een persoon  Ja  Neen  Transfer uitvoeren is zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp of liftsysteem  Ja  Neen  *opmerkingen* | | |
| 1. **Stoornis: Cognitieve functies** CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176 | 🞎 | | Ja  Neen  Indien ja, preciseren  oriëntatie in tijd  oriëntatie in plaats  oriëntatie in persoon  aandacht/concentratie  geheugen  psychomotorische functies  andere  *opmerkingen* | | |
| 1. **Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies:** | |
| * 1. Risico op drukwonden | | Neen  Ja | | Sensibiliteitsstoornissen trofische stoornissen, anatomische afwijkingen, functionele afwijkingen, …  Incontinentie, allergie, transpiratie, ...  Kan zich niet lang genoeg opduwen om de stuit te ontlasten omwille van lichamelijke of mentale beperkingen of onvermogen, bewustzijnsprobleem, vermoeidheid, …  *opmerkingen* |
| * 1. Stoornis: spiertonus (spasticiteit/dystonie) ICF/b735 / b7356 | | Neen  Ja | | bovenste ledematen  onderste ledematen  romp  hoofd/nek  *opmerkingen* |
| * 1. Stoornis: spierkracht ICF/b730 | | Neen  Ja | | bovenste ledematen  onderste ledematen  romp  hoofd/nek  *opmerkingen* |

**Bijlage 19bis (blad 3 – recto)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Stoornis: controle willekeurige bewegingen / onwillekeurige bewegingen ICF/b760 / b765 | Neen  Ja | | bovenste ledematen  onderste ledematen  romp  hoofd/nek  *opmerkingen* |
| * 1. Stoornis: contracturen of ankylose ICF/b710 | Neen  Ja | | bovenste ledematen  onderste ledematen  romp  hoofd/nek  *opmerkingen* |
| * 1. Stoornis: uithouding & inspanningstolerantie ICF/b410 / b440 / b455 / b740 | Neen  Ja | | cardiorespiratoir  O2 afhankelijk / beademing  neuromusculair  andere  *opmerkingen* |
| * 1. Gestalte & gewicht *(indien relevant)* |  | | lengte:  gewicht:  *opmerkingen* |
| * 1. Stoornis: zintuiglijke functies ICF/b210 / b230 / b260 / b265 / b270 | Neen  Ja | | sensibiliteit  visus  gehoor  *opmerkingen* |
| * 1. Stoornis: gedrag CIF/d720 | Neen  Ja | | *opmerkingen* |
| 1. **Activiteiten en participatie** | |
| * 1. Activiteiten waarbij het gevraagde hulpmiddel zal gebruikt worden: | | Huishouden  altijd  meestal  occasioneel  nooit  School  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Werk  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Boodschappen  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Sociaal  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Cultureel  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Vrije tijd  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Sport  altijd  meestal  occasioneel  nooit  Andere:  *opmerkingen* | | |

**Bijlage 19bis (blad 3 – verso)**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Mobiliteit “korte afstand” In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van: | loophulpmiddel  manuele rolstoel  elektronische rolstoel  elektronische scooter  *opmerkingen* |
| * 1. Mobiliteit “middellange afstand” |  |
| * + 1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals: | loophulpmiddel  manuele rolstoel  aangepaste fiets  driewielfiets  handbike  driewiel zit- of ligfiets  andere  *opmerkingen* |
| * + 1. 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  *opmerkingen* |
| * 1. Transport op lange afstand: | 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* |
| * 1. Omgevingsfactoren |  |
| * + 1. Woning en directe woonomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel) | toegankelijk  niet toegankelijk  zelfstandig  begeleiding van derden nodig  *opmerkingen* |
| * + 1. Andere vaak bezochte plaatsen o.a. school / werkomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel) | toegankelijk  niet toegankelijk  zelfstandig  begeleiding van derden nodig  *opmerkingen* |
| * + 1. Streekgebonden elementen (vlak, oneffen terrein, heuvelachtig)  (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel) | toegankelijk  niet toegankelijk  zelfstandig  begeleiding van derden nodig  *opmerkingen* |
| * + 1. Huisbezoek | Neen  Ja, door ………………………………………………… (naam)  ………………………………………………… (functie) |

**Bijlage 19bis (blad 4 – recto)**

#### Besluit en voorstel VAN HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM

|  |
| --- |
|  |

*Dit multidisciplinair advies is opgemaakt door:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: □□ / □□ / □□□□ | | |
| 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):* ..................................................... |