**AANVRAAGFORMULIER VOOR TEGEMOETKOMING (deel 1: revalidatievoorziening)**

**IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER**

Naam:Depouillon rijksregisternummer: 17.01.01-357.06

Voornaam: Sander

Klever verzekeringsinstelling:

Christelijke Mutualiteit Midden-Vlaanderen 120

Hoekstrstraat 25 Bus 4

9000 Gent

070319 331 72

**IDENTIFICATIE VAN DE REVALIDATIEVOORZIENING**

Naam van de revalidatievoorziening: CENTRUM VOOR AMBULANTE REVALIDATIE CAR Voorbeeldcentrum

Erkenningsnummer Agentschap Zorg en Gezondheid: 4.19.257.82

* (intermediair) bilan zonder opstart revalidatieperiode ☐ aanvraag [[1]](#footnote-1)
* Eerste aanvraag ☐ vereenvoudigde aanvraag[[2]](#footnote-2)

☐ aanvraag

* Vervolgaanvraag ☐ vereenvoudigde aanvraag [[3]](#footnote-3)

☒ verlengingsaanvraag

* Interdisciplinair advies gesprek: / /20 [[4]](#footnote-4)
* Periode: / /20 t.e.m. / /20

**Ondertekening**

Datum: / /20

Naam, Voornaam en handtekening verantwoordelijke zorgvoorziening: Joris Vandenbossche

Email-adres contactpersoon:

**IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING**

Ontvangstdatum: ……/……/20….. Ondertekende aanvraag zorggebruiker aanwezig: ☐ ja ☐ neen

 Ondertekend medisch verslag aanwezig: ☐ ja ☐ neen

Pseudonomenclatuurcodes:

Datum: ..../...../20 Naam, voornaam en handtekening Zorgkassencommissie

Beslissing: ☐ weigering

 ☐ goedkeuring

 ☐ bijkomende informatie nodig:

 Enkel mogelijk voor de volgende voorziening: 9.69 + ook de periode moet ingevuld worden

**AANVRAAGFORMULIER VOOR TEGEMOETKOMING (deel 2: zorggebruiker)**

**IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER**

Naam: Depouillon

Voornaam: Sander Rijksregisternummer: 17.01.01-357.06

**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 voor verplaatsing

van -18 jarigen en 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: CENTRUM VOOR AMBULANTE REVALIDATIE CAR Voorbeeldcentrum
* Erkenningsnummer Agentschap Zorg en Gezondheid: 4.19.257.82
* ☐ (intermediair) bilan zonder opstart revalidatieperiode
* ☐ Eerste aanvraag / ☐ Vervolgaanvraag
* Periode: / /20 t.e.m. / /20

 ☐ 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 en dit tijdens het vervoer niet kan verlaten.

 ☐ 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.

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: ………/………/20……..

Handtekening zorggebruiker of zijn gevolmachtigde:

Naam en voornaam:

--------------------------------------------------

 Enkel mogelijk voor de volgende voorziening: 9.69 + ook de periode moet ingevuld worden

**Deel 3: MEDISCH VERSLAG Centrum voor ambulante revalidatie**

**Groep 9: Verworven gehoorstoornis**

**IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER**

Naam: Depouillon

Voornaam: : Sander Rijksregisternummer: 17.01.01-357.06

**DOELGROEP**

ICD-10 classificatie:

Optredend na de 6e verjaardag en vóór de 19e verjaardag: ☐ ja ☐ neen

Revalidatieverstrekkingen in medisch-sociaal-pedagogisch instituut: ☐ ja ☐ neen ☒ niet van toepassing

**TESTRESULTAAT: Audiometrie**

Datum:

☐ Rechter oor: gemiddeld gehoorverlies dB HL

geteste frequenties: 250 – 500 – 1000 – 2000 – 4000 Hertz

☐ Linker oor: gemiddeld gehoorverlies dB HL

geteste frequenties: 250 – 500 – 1000 – 2000 – 4000 Hertz

**MULTIDISCIPLINAIR THERAPIEPROGRAMMA**

 ☒ Kinesitherapie

 ☒ Ergotherapie

 ☒ Logopedie

 ☒ Audiologie

 ☒ Psychologie

 ☒ Sociale re-adaptatie

 ☒ Medisch

 ☒ Psychomotorische therapie

**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:

Handtekening , stempel en Rizivnummer

van een behandelend arts van de revalidatievoorziening:

Naam en voornaam:

1. Enkel mogelijk voor de volgende voorziening: 9.69 + ook de periode moet ingevuld worden [↑](#footnote-ref-1)
2. 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 [↑](#footnote-ref-2)
3. 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 [↑](#footnote-ref-3)
4. Enkel mogelijk voor de volgende voorziening: 7.76.5 (Pulderbos) [↑](#footnote-ref-4)