**AANVRAAG / VERLENGING STATUUT ZWARE AANDOENING**

***(Alle rubrieken dienen ingevuld te worden.)***

***Het juiste vakje aankruisen***

|  |
| --- |
| ◻ **Eerste aanvraag:** |
| * ***rechtvaardiging van de nood aan een intensieve en langdurige kinesitherapie/fysiotherapie*** (*volgens artikel 7, § 3, zesde lid, 2° en zevende lid, 2° van K.B. 23/03/1982)* |
| |  | | --- | | ***en*** | |
| * ***bevestiging door de arts-specialist van de diagnose van zware aandoening (voorkomend op de E-lijst)*** *(volgens artikel 7, § 3, zesde lid, 1° en zevende lid, 1° van K.B. 23/03/1982)* ***met verslag aan de aanvraag toe te voegen*** |
| * + *het gaat om een arts-specialist zoals bepaald in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen* |
| * + *In geval van chronische auto-immune inflammatoire polyartritis (artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, h) van het K.B. van 23/03/1982) moet de diagnosebevestiging gebeuren door de arts-specialist in de reumatologie, in de inwendige geneeskunde of in de pediatrie* |
| ◻ **Verlenging:** |
| * ***rechtvaardiging van de nood aan een intensieve en langdurige kinesitherapie/fysiotherapie*** (*volgens artikel 7, § 3, zesde lid, 2° en zevende lid, 2° van K.B. 23/03/1982)* |
| * + *voor lymfoedeem (artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, k) van het K.B. van 23/03/1982) : aantonen dat de klinische vermindering van het oedeem slechts door kinesitherapeutische of fysiotherapeutische verstrekkingen behouden blijft (er is geen nieuw lymfoscintigrafisch onderzoek vereist)* |
| * ***herbevestiging van de diagnose door de arts-specialist is niet vereist*** |

**IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE** *(In te vullen door de rechthebbende* ***of een klever aanbrengen van het ziekenfonds****)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de rechthebbende: | Geboortedatum: |
| Verzekeringsinstelling: | Adres : |
| Rijksregisternummer: |  |

**MEDISCHE DIAGNOSE** *(In te vullen door de behandelend arts)*

|  |
| --- |
| **Naam en voornaam van de rechthebbende:** |
| **Diagnose en medische verantwoording** *voor**een intensieve en langdurige verhoogde*  *nood aan kinesitherapie/fysiotherapie*: |
| ICD-10 (codes) : |
| ICPC-2 (codes) : |
| **Datum van aanvang van de aandoening:** |

**BESCHRIJVING** *(In te vullen door de behandelend arts met de eventuele medewerking van een kinesitherapeut)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **aandoening:** | ◻ ***NIET EVOLUTIEF*** | ◻ ***EVOLUTIEF*** | ◻ ***RESOLUTIEF*** |
| **Beoogd functioneel resultaat en behandeldoel(en):** | | | |
| **Evaluatie van de huidige nood aan kinesitherapeutische/fysiotherapeutische zorg:** | | | |
| Frequentie: …………… / week | | | |
| Voorstel behandelduur: …………… | | | |

**FUNCTIONEEL BILAN / HUIDIGE TOESTAND** *(In te vullen door de behandelend arts met de eventuele medewerking van een kinesitherapeut)*

|  |  |
| --- | --- |
| A) | **Anatomische - en/of functionele stoornis(sen)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beschrijving: | | | | | |
| *Onderstaande schaal in te vullen indien van toepassing of gestandaardiseerde testresultaten als bijlage toe te voegen* | | | | | |
| KRACHT (MRC-schaal, 0-5): | | | | | |
| AMPLITUDO (ROM): | | | | | |
| COÖRDINATIE / EVENWICHT : ◻ 0 – Geen beperking ◻ 1 – Lichte beperking | | | | | |
| ◻ 2 – Matige beperking ◻ 3 – Ernstige beperking ◻ 4 – Volledige beperking | | | | | |
| RESPIRATOIRE AANDOENINGEN: | | | | | |
| LYMFOEDEEM: | | | | | |
| CEREBRAL PALSY (GMFCS score): | ◻ 1 | ◻ 2 | ◻ 3 | ◻4 | ◻ 5 |
| * ANDERE (bv.: brandwonden, …): | | | | | |
| * GEASSOCIEERDE STOORNISSEN (bv.: spasticiteit,….): | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| B) | **Beperkingen in activiteiten en/of participatie**  Onder activiteit verstaat men het uitvoeren van een taak of een handeling door een persoon  Beperkingen in activiteiten verwijzen naar de moeilijkheden die iemand ondervindt met het uitvoeren van activiteiten/handelingen. Participatie verwijst naar iemands deelname aan het maatschappelijk leven.  Participatiebeperkingen geven de problemen weer die iemand ondervindt met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. | | |
| Beschrijving: | | | |
| *Indien gevalideerde schaal werd gebruikt gelieve deze als bijlage toe te voegen* | | | |
| AUTONOMIE: | | ◻ 0 – Geen beperking | ◻ 1 – Lichte beperking |
| ◻ 2 – Matige beperking | | ◻ 3 – Ernstige beperking | ◻ 4 – Volledige beperking |
| ANDERE: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| C) | **Externe en persoonlijke factoren**  De fysieke en sociale omgeving die iemands functioneren kan *belemmeren* of *ondersteunen*.  Individuele factoren (zoals: leeftijd, sociale status, levensstijl, levensgewoonten, opleiding, ….). |
| Beschrijving: | |

|  |  |
| --- | --- |
| D) | **Samenvatting van de functionele toestand** |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| E) | Enkel indien het een verlenging betreft:  **Samenvatting van het vorig functioneel bilan** |
| Duurtijd van de vorige goedkeuringsperiode: …………… | |
| Aantal behandelingen tijdens de vorige goedkeuringsperiode: …………… | |
| Gemiddelde behandelfrequentie per week tijdens de vorige goedkeuringsperiode: …………… | |
| Vorig functioneel bilan: | |

**TECHNIEKEN / BEHANDELING** *(In te vullen door de behandelend arts met de eventuele medewerking van een kinesitherapeut)*

|  |
| --- |
| Kinesitherapeutische / fysiotherapeutische behandeling(en) in functie van het (de) behandeldoel(en): |

**Ondergetekenden verklaren dat bovenstaande gegevens naar waarheid zijn ingevuld**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de kinesitherapeut *(Enkel verplicht*  *indien het functioneel bilan deels mede door de kinesitherapeut*  *werd opgesteld):* | Datum en handtekening: |
| RIZIV-nummer (of stempel): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de arts-specialist: | Datum en handtekening: |
| RIZIV-nummer (of stempel): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de behandelende arts: | Datum en handtekening: |
| RIZIV-nummer (of stempel): |  |