

## 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**
  - o het gaat om een arts-specialist zoals bepaald in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
  - o In geval van chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis (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)
  - o 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 :	<input type="checkbox"/> 0 – Geen beperking	<input type="checkbox"/> 1 – Lichte beperking
	<input type="checkbox"/> 2 – Matige beperking	<input type="checkbox"/> 3 – Ernstige beperking
		<input type="checkbox"/> 4 – Volledige beperking
RESPIRATOIRE AANDOENINGEN:		
LYMFOEDEEM:		
CEREBRAL PALSY (GMFCS score):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	
- ANDERE (bv.: brandwonden, ...):		
- GEASSOCIEERDE STOORNISSEN (bv.: spasticiteit,...):		

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

<b>C)</b>	<b>Externe en persoonlijke factoren</b> De fysieke en sociale omgeving die iemands functioneren kan <i>belemmeren</i> of <i>ondersteunen</i> . Individuele factoren (zoals: leeftijd, sociale status, levensstijl, levensgewoonten, opleiding, ....).
Beschrijving:	

<b>D)</b>	<b>Samenvatting van de functionele toestand</b>

<b>E)</b>	Enkel indien het een verlenging betreft: <b>Samenvatting van het vorig functioneel bilan</b>
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 kinesietherapeut)*

Kinesietherapeutische / fysiotherapeutische behandeling(en) in functie van het (de) behandeldoel(en):

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

Naam en voornaam van de kinesietherapeut *(Enkel verplicht indien het functioneel bilan deels mede door de kinesietherapeut 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):