**BIJLAGE 92**

**Medisch voorschrift voor individueel op maat vervaardigde zitorthese uit art. 29**

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen verstrekker.

#### Identificatie van de rechthebbende

*In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de rechthebbende |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Verzekeringsinstelling |  |
| Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)  |  |

#### 1. VOORSCHRIFT *In te vullen door de voorschrijvende arts.*

*Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat…………………………………………………………..
(naam en voornaam van de rechthebbende) nood heeft aan een zitorthese op maat zoals beschreven in art 29. (*[*https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/nomen/Paginas/nomen-artikel29.aspx*](https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/nomen/Paginas/nomen-artikel29.aspx)*)*

Het betreft een : □ Eerste aanvraag □ Hernieuwing □ Voortijdige hernieuwing

Doelgroepen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | A1 | rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18de verjaardag, rechthebbenden tot de 18de verjaardag |
|  |  |  |
| □ | A2 | rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18de verjaardag, rechthebbenden vanaf de 18de verjaardag |
|  |  |  |
| □ | B1 | rechthebbenden die vanaf de 18de verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18de verjaardag, na gebruik van een verzorgingsrolstoel |
|  |  |  |
| □ | B2 | rechthebbenden die vanaf de 18de verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18de verjaardag, in uitzonderlijke situatie |
|  |  |  |

#### 2. diagnose en huidige medische situatie *In te vullen door de voorschrijvende arts.*

□ Aangeboren aandoening

□ Aanvangsdatum van de aandoening of letsel die aanleiding geeft tot dit voorschrift: ….../……../….….

□ De handicap is het gevolg van een ongeval : □ ja □ neen

Diagnose die aan de basis ligt van dit voorschrift :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Omschrijving van de huidige medische situatie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

De situatie is: □ stabiel □ evolutief

Het gebruik is: □ definitief □ tijdelijk

Het gebruik is □ dagelijks en gedurende groot deel van de dag

 □ frequent maar niet dagelijks □ occasioneel

3. **Huidige functionele toestand** *In te vullen door de voorschrijvende arts, desgevallend in samenwerking met multidisciplinair team*

Omschrijving van aard en ernst van de mobiliteits- en positioneringsproblemen: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Beschrijving van anatomische en/of functionele stoornissen van de wervelkolom waarvoor een technische oplossing wordt gezocht: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Beschrijving van de anatomische en/of functionele stoornissen van bekkengordel en/of dijbeenspieren waarvoor een technische oplossing wordt gezocht :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Voor doelgroep B1**: doorverwijzing en motivatie door behandelend arts ………………………………………………. *(naam en voornaam)* , bijgevoegd in bijlage.

**Voor doelgroep B2:** omschrijving van de uitzonderlijke situatie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Motivatie voortijdige hernieuwing:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dit voorschrift is opgemaakt door: **\***

|  |
| --- |
| Datum: □□ / □□ / □□□□ |
| Arts-specialist | NaamRIZIV-erkenningsnummer | Handtekening |
| Ergotherapeut of kinesitherapeut | NaamRIZIV-erkenningsnummer | Handtekening |
| Andere (functieomschrijving) | NaamRIZIV-erkenningsnummer | Handtekening |

\*zie artikel 29 § 26 punt 4.1.1 voorschrijvers.