

**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 rechthebbende 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

<p><i>Aanvraag van een</i></p> <p><input type="checkbox"/> kinderrolstoel: <input type="checkbox"/> manueel, <input type="checkbox"/> elektronisch</p> <p><input type="checkbox"/> manueel actief rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische binnen/buiten scooter</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische buitenscooter</p> <p><input type="checkbox"/> stasysteem</p>	<p><input type="checkbox"/> orthopedische driewielerfiets in cumul met manueel actief rolstoel voor volwassenen</p> <p><input type="checkbox"/> voortijdige hernieuwing van een rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> voortijdige aanpassing aan reeds afgeleverde rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> andere (bvb. maatwerk):</p>
--	--

## 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)

<b>FUNCTIE</b>	<b>ICF TYPERING</b>	<b>BESCHRIJVING</b>
<b>1. Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand)</b> ICF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan veilig en zelfstandig rechtstaand werken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
<b>2. Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand)</b> ICF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen buitenshuis: kan veilig en zelfstandig stappen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan functioneel stappen op oneffen terrein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>

## Bijlage 19bis (blad 2 – recto)

- 3. 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
- 
- 4. 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
- 
- 5. 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
- 
- 6. 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)

**7. 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 liftstelsel

Ja  Neen

opmerkingen

**8. Stoornis: Cognitieve functies**  
CIF/b110 / b114 / b117 / b140 /  
b144 / b147 / b160 / b164 / b176

Ja  Neen

Indien ja, preciseren

oriëntatie in tijd

oriëntatie in persoon

geheugen

andere

opmerkingen

oriëntatie in plaats

aandacht/concentratie

psychomotorische functies

**9. Extra knelpunten in relatie tot  
rolstoeladvies:**

9.1. 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

9.2. Stoornis: spiertonus  
(spasticiteit/dystonie)  
ICF/b735 / b7356

Neen

Ja

bovenste ledematen

romp

opmerkingen

onderste ledematen

hoofd/nek

9.3. Stoornis: spierkracht  
ICF/b730

Neen

Ja

bovenste ledematen

romp

opmerkingen

onderste ledematen

hoofd/nek



## Bijlage 19bis (blad 3 – verso)

<p>10.2. Mobiliteit "korte afstand" In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van:</p>	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel <input type="checkbox"/> elektronische rolstoel <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel <input type="checkbox"/> elektronische scooter
<p>10.3. Mobiliteit "middellange afstand"</p>		
<p>10.3.1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:</p>	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel <input type="checkbox"/> aangepaste fiets <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel <input type="checkbox"/> driewiel fiets <input type="checkbox"/> driewiel zit- of ligfiets
<p>10.3.2. Kan enkel een gemotoriseerd of elektronisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:</p>	<input type="checkbox"/> elektronische rolstoel <input type="checkbox"/> elektronische scooter <input type="checkbox"/> driewiel fiets met hulpmotor <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> tractiesysteem voor rolstoel <input type="checkbox"/> fiets met elektromotor <input type="checkbox"/> handbike met hulpmotor
<p>10.4. Transport op lange afstand:</p>	<input type="checkbox"/> gebruikt openbaar vervoer: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> rijdt zelfstandig met een <input type="checkbox"/> gewone wagen <input type="checkbox"/> aangepaste wagen transfer in/uit <input type="checkbox"/> zelfstandig, <input type="checkbox"/> met hulp meenemen, monteren en demonteren rolstoel : <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> wordt vervoerd met : <input type="checkbox"/> gewone wagen <input type="checkbox"/> aangepaste wagen <input type="checkbox"/> wordt vervoerd met aangepast vervoer personen met een handicap <input type="checkbox"/> blijft zitten in de rolstoel in het voertuig <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	
<p>10.5. Omgevingsfactoren</p>		
<p>10.5.1. Woning en directe woonomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.2. Andere vaak bezochte plaatsen o.a. school / werkomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.3. Streekgebonden elementen (vlak, oneffen terrein, heuvelachtig) (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.4. Huisbezoek</p>	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja, door ..... (naam) ..... (functie)	

**Bijlage 19bis (blad 4 – recto)**

**BESLUIT EN VOORSTEL VAN HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM**

*Dit multidisciplinair advies is opgemaakt door:*

Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Geneesheer (revalidatiearts)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Ergotherapeut of kinesietherapeut	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):*

.....