



AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

Vlaamse sociale bescherming

www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?

Met behulp van dit document maakt de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen een rapport van de test van het mobiliteitshulpmiddel in de woon- en leefomgeving van de gebruiker.

Wie ondertekent dit document?

Het document wordt ondertekend door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die door de gebruiker is aangeduid om een aanvraag in naam van de gebruiker in te dienen.

Aan wie bezorgt u dit document?

De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen dient dit document digitaal in bij de zorgkas van de gebruiker. Dit document moet bewaard blijven bij de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen.

Luik A: identificatie van de gebruiker

1 Vul hieronder de gegevens in van de gebruiker waarvoor het testrapport wordt opgemaakt.

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

rijksregisternummer

geboortedatum dag maand jaar

Luik B: identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en onderneming

2 Vul hieronder de gegevens in van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming.

erkenningsnummer

voor- en achternaam

naam van de onderneming

KBO nummer

adres van de onderneming

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mail



3 Test uitgevoerd van een elektronische rolstoel.

- Elektronische rolstoel binnen
- Elektronische rolstoel binnen/buiten
- Elektronische rolstoel buiten
- Geteste rolstoelen: merk en type + productcode vermelden
 - 1.
 - 2.

4 Test uitgevoerd van een elektronische scooter.

- Elektronische scooter binnen
- Elektronische scooter binnen/buiten
- Elektronische scooter buiten
- Geteste scooters: merk en type + productcode vermelden
 - 1.
 - 2.

5 Test uitgevoerd in:

- Woon- en leefomgeving
- Instelling
- Werksituatie
- Andere

6 Specificaties gebruiksdoel en woonomgeving

- Gebruik: eerste gebruik reeds ervaring
- Gebruiksdoel: binnenshuis buitenshuis korte afstand lange afstand
 sociaal leven/vrije tijd boodschappen werk/opleiding sport
- Gebruiksfrequentie: permanent dagelijks meerdere dagen per week
- Gebruiksduur: gedurende korte periodes gedurende langere periodes
- Handfunctie: onvoldoende voldoende goed niet van toepassing
- Speciale besturingssystemen:
- Rijvaardigheid: onvoldoende voldoende goed
- Inzicht in het gebruik: onvoldoende voldoende goed
- Inzicht in het verkeer: onvoldoende voldoende goed
- Transfer in en uit: zelfstandig met hulp
- Opladen batterijen: zelfstandig met hulp
- Toegankelijkheid woning: zelfstandig met hulp van derden via garage/deur

7 Specificaties woonomgeving

8 Bijkomende opmerkingen

9 Opmerkingen van de gebruiker (facultatief)

10 Motivering van de keuze

Gekozen mobiliteitshulpmiddel:

Motivering:

11 **Ondertekening door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen.**

Ik verklaar dit document voor te leggen aan de zorgkas van de gebruiker in het kader van een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel.

Het voorgestelde mobiliteitshulpmiddel voldoet aan essentiële eisen van het KB van 18/03/1999 betreffende de medische hulpmiddelen, bijlage I.

datum dag maand jaar
.....

handtekening

voor- en achternaam

12 **Ondertekening door gebruiker of vertegenwoordiger.**

Ik verklaar dat ik het mobiliteitshulpmiddel hebben kunnen testen, zoals omschreven in dit rapport.

datum dag maand jaar
.....

handtekening

voor- en achternaam