



MOHM

Terugbetaalde mobiliteit

Medisch voorschrift MOHM

Stap 1: Patiënt laat dit document invullen en ondertekenen door de arts

Stap 2: Patiënt brengt dit document terug in de apotheek

Aanvraagformulier loophulpmiddel

Stap 1: Patiënt vult luik B in en ondertekent het document

Afleveringsdocument MOHM

Stap 1: Patiënt ondertekent het document

Stap 2: Noteer serienummer en type van afgeleverd loophulpmiddel

Houdt deze documenten samen voor jouw bandagist.

Jouw Zorgpunt apotheek:

Medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel

AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

Vlaamse sociale bescherming
www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?

Dit document dient ingevuld te worden om een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel te kunnen ontvangen.

Wie ondertekent dit document?

De behandelend arts van de persoon die een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wenst te ontvangen vult het document in en ondertekent het document.

Belangrijke informatie in geval de gebruiker lijdt aan een snel degeneratieve aandoening.

- Een manuele rolstoel kan enkel voorgeschreven worden door een neuroloog of een gespecialiseerd Rolstoel Advies Team
- Voor een elektronische rolstoel of scooter moet een rolstoel adviesrapport opgemaakt worden door een gespecialiseerd Rolstoel Advies Team

Aan wie bezorgt u dit document?

Met dit document kan de persoon zich wenden tot een orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen naar keuze. De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen kan de aanvraag digitaal indienen bij de zorgkas.

Luik A: identificatie van de persoon

1 Vul hieronder de gegevens in van de persoon waarvoor het medisch voorschrift wordt opgemaakt

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

rijksregisternummer

geboortedatum dag maand jaar

2 Lijdt de gebruiker aan een snel degeneratieve aandoening?

Onder snel degeneratieve aandoening wordt verstaan: amyotrofe lateraal sclerose, primaire lateraal sclerose, progressieve spinale musculaire atrofie, multisysteem atrofie of een aandoening die hiermee gelijkgesteld kan worden.

- ja: Ga naar vraag 3b
- nee: Ga naar vraag 3a

Mobiliteitshulpmiddel

3a Welk mobiliteitshulpmiddel heeft de gebruiker nodig?

In te vullen door elke behandelende arts.

- Loophulpmiddel
- Manuele rolstoel (voor een manuele actief rolstoel enkel bij hernieuwing)
- Elektronische rolstoel (enkel bij hernieuwing)
- Elektronische scooter
- Drie-of vierwielfiets (voor een zitdriewielfiets enkel bij hernieuwing)
- Rolstoel onderstel voor zitschaal of modulair aanpasbaar zitsysteem (enkel bij hernieuwing)
- Stasysteem
- Zitkussen tegen doorzitwonden
- Aanpassing van een bestaand mobiliteitshulpmiddel: *Motiveer:*
- Andere: *Specificeer:*

3b Welk mobiliteitshulpmiddel heeft de gebruiker met een snel degeneratieve aandoening nodig?

Enkel in te vullen door een neuroloog of de arts van het gespecialiseerd Rolstoel Advies Team

- Manuele rolstoel, *specificeer:* standaard manuele rolstoel, modulaire manuele rolstoel, actief rolstoel of verzorgingsrolstoel:

4 Betreft het een eerste aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel?

- ja
- nee

5 Is het gebruik definitief ?

- ja
- nee, het gebruik zal slechts tijdelijk zijn of korter dan de hernieuwingstermijn van het mobiliteitshulpmiddel

6 Wat zal de vermoedelijke frequentie van gebruik zijn van het gevraagde mobiliteitshulpmiddel?

- Occasioneel gebruik
- Dagelijks gebruik
- Permanent gebruik/volledig rolstoel gebonden

Luik C: diagnose en huidige medische situatie

7 Zijn de beperkingen het gevolg van een ongeval?

ja

nee

8 Heeft de persoon een beroep gedaan op revalidatie in een revalidatieziekenhuis of een revalidatievoorziening, gedurende de afgelopen maand?

ja

nee

9 Is de persoon momenteel gehospitaliseerd in een ziekenhuis?

Met ziekenhuis wordt bedoeld: algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis, m.u.v. psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

ja: Ga naar vraag 10

nee: Ga naar vraag 11

10 Is er reeds een visie op ontslag of is er in het revalidatieplan sprake van een ontslagvoorbereiding?

ja

nee

11 Wat is de diagnose en de omschrijving van de huidige medische situatie?

*U kunt ook een recent of geactualiseerd medisch verslag in bijlage toevoegen.
In geval van unilaterale aandoening, links of rechts specificeren.*

Luik D: globale beschrijving van de functionele beperkingen van de gebruiker

12 Vraagt men een aanpassing aan een vroeger afgeleverd mobiliteitshulpmiddel?

ja: Ga naar vraag 14

nee: Ga naar vraag 13

13 Indiceer de functionele beperkingen van de persoon van een zorgbehoefte aan de hand van ICF.

Voor een aanvraag betreffende een loophulpmiddel, enkel rubrieken a, b en c invullen.

De beperking van de mobiliteit van gebruikers moet geëvalueerd worden aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF - WHO).

ICF typering (meer bepaald de ernst 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		

Funcities / Activiteiten en Participatie	Typering ICF	Globale beschrijving en motivering
a) Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand tot 1000m) ICF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
b) Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand meer dan 1000m) ICF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
c) Handhaven van staande houding (enige tijd) ICF/d4154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>
d) Gebruiken van hand en arm in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	kan zich zelfstandig en op regelmatige basis opduwen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen kan zelfstandig veranderen van houding <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen kan een manuele rolstoel zelfstandig bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
Funcie van de bovenste ledematen of van het bovenste lidmaat wanneer slechts 1 functioneel bovenste lidmaat	<input type="checkbox"/>	kan een elektronische scooter besturen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u> <i>Bijkomend bij een aanvraag betreffende een elektronische scooter</i>
e) Uitvoeren van transfers (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>

f) Handhaven van zittende houding (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kan zelfstandig zitten in de rolstoel <input type="checkbox"/> de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen <input type="checkbox"/> totaal passieve zithouding <u>opmerkingen</u>
g) Cognitieve functies CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen cognitieve problemen <input type="checkbox"/> lichte beperking van de cognitieve functies <input type="checkbox"/> matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies <u>opmerkingen</u>

Luik E: bijkomende inlichtingen

14 Bijkomende inlichtingen in het kader van de aanvraag.

Facultatief in te vullen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Houdingsanomalieën | <input type="checkbox"/> Problemen aan het zitvlak of de stuit |
| <input type="checkbox"/> Oedeemvorming | <input type="checkbox"/> Incontinentie |
| <input type="checkbox"/> Huidproblemen, doorzitwonden | <input type="checkbox"/> Eetstoornissen |
| <input type="checkbox"/> Gevoelstoornissen | <input type="checkbox"/> Stoornissen van het ademhalingsstelsel |
| <input type="checkbox"/> Stoornissen van hart of bloedvaten | |
| <input type="checkbox"/> Andere: <i>specificeer:</i> | |

Ondertekening

15 Vul de onderstaande verklaring in.

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat de persoon, vermeld in luik A, ten gevolge van functionele en/of anatomische stoornissen, beperkingen in de mobiliteit vertoont. Hierdoor zijn er voor deze persoon problemen voor participatie aan het maatschappelijk leven. De persoon dient hiervoor definitief een gepast mobiliteitshulpmiddel te bekomen.

datum dag maand jaar

handtekening

voor- en achternaam

Stempel

Aanvraag voor een loophulpmiddel



AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

Vlaamse sociale bescherming
www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?

Met de ondertekening van dit document gaat u akkoord dat de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, een aanvraag in uw naam indient bij uw zorgkas voor het verkrijgen van een tegemoetkoming voor een loophulpmiddel, zoals vermeld in luik B.

Wie ondertekent dit document?

Het document wordt ondertekend door de gebruiker die de tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wenst te ontvangen en de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die door de gebruiker is aangeduid om een aanvraag (in zijn naam) in te dienen.

Aan wie bezorgt u dit document?

De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, voegt dit formulier bij de aanvraag die hij digitaal indient bij de zorgkas.



Luik A: Identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en onderneming

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

erkenningsnummer
voor- en achternaam
naam van de onderneming
KBO nummer

Luik B: in te vullen door de persoon met een zorgbehoefte

Vul hieronder uw persoonlijke gegevens in.
Het rijksregisternummer vindt u op de achterkant van uw identiteitskaart.

voor- en achternaam
straat en nummer
postnummer en gemeente
telefoonnummer
e-mailadres
rijksregisternummer
geboortedatum dag maand jaar

Luik C: Aanvraag van een loophulpmiddel

Prestatiecode	Productcode	Publieksprijs	Tegemoetkoming	Supplement
Loophulpmiddel				
				VSB
		Fabrikant		
		Merk		
		Type		

Luik D: ondertekening door de gebruiker

Lees de onderstaande privacy waarborg en teken onderaan.

Ik bevestig dat ik volledige inzage heb gekregen in dit document en dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen (vermeld in luik A) over de aangevraagde mobiliteitshulpmiddelen (vermeld in luik B), de prijssupplementen en de motivering ervan.

Ik ga akkoord dat deze aanvraag wordt doorgestuurd naar mijn zorgkas in het kader van een aanvraag voor een tegemoetkoming voor het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel.

De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen mag gegevens van mij, die nodig zijn voor de behandeling van mijn dossier, rechtstreeks inwinnen bij mijn zorgkas of via digitale weg (via de applicatie eMOHM). Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld overeenkomstig de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens en worden niet gedeeld met externe partijen, met uitzondering van de persoonsgegevens (met inbegrip van gezondheidsgegevens) die worden gedeeld aan de actoren die belast zijn met de behandeling van mijn aanvraag (1), ingediend conform artikel 123 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, in zoverre deze gegevens dienstig zijn in het kader van de behandeling van de aanvraag. Daarnaast kunnen mijn persoons- en gezondheidsgegevens doorgegeven worden aan de actoren voor wie deze gegevens dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten. (2)

De zorgkas slaat mijn persoonsgegevens (met inbegrip van gezondheidsgegevens) op in een centraal gegevensbestand. Om mijn gegevens te raadplegen en te laten verbeteren, kan ik mij wenden tot mijn zorgkas. De verwerking van mijn gegevens gebeurt onder verantwoordelijkheid van de zorgkas waar ik ben aangesloten.

(1) de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, de zorgkas, (in voorkomend geval) de zorgkassencommissie, (in voorkomend geval) de Bijzondere Technische Commissie, (in voorkomend geval) het agentschap VSB.

(2) In voorkomend geval, de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen, de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen/verzekeringsinstellingen, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het agentschap VSB.

datum

dag maand jaar

handtekening

voor- en achternaam

Afleveringsdocument voor een mobiliteitshulpmiddel



AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

Vlaamse sociale bescherming
www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?

Met de ondertekening van dit document bevestigt de gebruiker dat de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, het mobiliteitshulpmiddel en de aanpassingen, zoals vermeld in luik B, heeft afgeleverd.

Wie ondertekent dit document?

Het document wordt ondertekend door de gebruiker die het mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen heeft ontvangen en de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die het mobiliteitshulpmiddel heeft afgeleverd.

Aan wie bezorgt u dit document?

De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen dient het afleveringsdocument digitaal in bij de zorgkas van de gebruiker. Het papieren document dient bewaard te blijven bij de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen. Een kopie van het document wordt aan de gebruiker bezorgd.



Luik A: Identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en onderneming

1 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

Luik B: mobiliteitshulpmiddelen en/of aanpassingen die worden aangevraagd

2 MOBILITEITSHULPMIDDEL OF AANPASSINGEN OPGENOMEN IN DE PRODUCTLIJST VSB

Fabrikant
Merk
Type
Serienummer

	Prestatiecode	Productcode	Publieksprijs	Tegemoetkoming VSB	Supplement
Mobiliteitshulpmiddel					
Aanpassing onderste ledematen					
Aanpassing bovenste ledematen					
Aanpassing zithouding					
Aanpassing veiligheid					
Aanpassing besturing/aandrijving					
Bijzondere aanpassingen					
Zitkussen ter preventie van doorzitwonden					
Modulaire ziteenheid					
Modulair rugsysteem					
Onderhoud en herstelling					
BTC prestaties Totalen					
Forfaitaire tegemoetkoming					

3 MOBILITEITSHULPMIDDEL OF AANPASSINGEN OF MAATWERK NIET OPGENOMEN IN DE PRODUCTLIJST VSB

Fabrikant

Merk

Type

Aanpassingen	Factuurbedrag
Mobiliteitshulpmiddel	
Aanpassing onderste ledematen	
Aanpassing bovenste ledematen	
Aanpassing zithouding	
Aanpassing veiligheid	
Aanpassing besturing/aandrijving	
Bijzondere aanpassingen	
Andere individuele aanpassingen of maatwerk	
BTC prestaties totalen niet opgenomen in productlijst	

Luik C: ondertekening

4 Orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen

Ik bevestig dat ik het mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen, zoals vermeld in luik B, en waarvoor ik een aanvraag heb ingediend bij de zorgkas van de gebruiker, afgeleverd heb aan de gebruiker.

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

Datum van aflevering dag maand jaar

handtekening

5 De gebruiker of zijn vertegenwoordiger

Ik bevestig dat ik het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen, vermeld in luik B, heb ontvangen.

Ik ga akkoord dat het afleveringsdocument wordt doorgestuurd naar mijn zorgkas in het kader van een aanvraag voor een tegemoetkoming voor het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel.

datum dag maand jaar

handtekening

voor- en achternaam