



VOOR DE OUDERS

IN TE VULLEN EN TE VOEGEN BIJ HET
FORMULIER AANVRAAG TOT MEDISCHE
VASTSTELLING **TESAMEN MET DEEL B**
ONDER GESLOTEN OMSLAG.

INLICHTINGENFORMULIER

DEEL A : PSYCHOSOCIALE EN FAMILIALE GEGEVENS

(inlichtingen verstrekt door de ouders)

Indien er een ernstig gevaar bestaat voor de gezondheid van uw kind is, onder bepaalde strikte voorwaarden, een bijzondere behandeling van uw aanvraag mogelijk (zie Deel B van het formulier in te vullen door uw geneesheer).

Deze bijzondere procedure voorziet in een vaststelling van de handicap door de medische dienst van de FOD Sociale Zekerheid, op basis van medische verslagen zonder medisch onderzoek van uw kind.

Indien aan de medische voorwaarden is voldaan, ziet u dan enig bezwaar tegen deze bijzondere procedure van uw aanvraag? (aankruisen wat van toepassing is)

- Neen, ik verzet mij niet tegen deze bijzondere procedure.
- Ja, ik verzet mij tegen deze bijzondere procedure en vraag een medisch onderzoek door de medische dienst van de FOD Sociale Zekerheid.

Naam en voornaam van het kind:

Rijksregisternummer van het kind:

Benaming en adres van uw kinderbijslaginstelling:

(facultatief) Refertenummer op het formulier "aanvraag tot medische vaststelling" van uw kinderbijslaginstelling:

Naam, voornaam, telefoonnummer en hoedanigheid (ouder, familie, leerkracht, maatschappelijk werker, behandelende arts, ...) van de persoon die het deel A van de Inlichtingenlijst heeft ingevuld:

Datum:

Handtekening:

**DE HIERNA VOLGENDE VRAGENLIJST VAN DEEL A
VAN HET INLICHTINGENFORMULIER DIENT ALLEEN TE
WORDEN INGEVULD VOOR KINDEREN GEBOREN NA
31 DECEMBER 1992**

Met het oog op een vlotte behandeling van uw aanvraag, wordt u uitgenodigd om deze vragenlijst in te vullen en mee te sturen met uw aanvraag.

Deze vragenlijst moet de dokter van de Directie-generaal Personen met een handicap helpen om de situatie van uw kind te evalueren.

U mag deze zelf invullen of laten invullen door een derde (geneesheer, sociaal assistent, enz...).

Neem even de tijd om deze vragenlijst in te vullen. Vul alleen in wat voor het kind van toepassing is. Gebruik gerust uw eigen bewoordingen of uitleg maar tracht zo nauwkeurig mogelijk te zijn.

Over onderwijs en gedrag van het kind thuis

Welke begeleiding of stimulering wordt er thuis gegeven door de ouders (vb. bij psychomotorische achterstand, gedrag- of zintuiglijke stoornissen)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hoe is het gedrag van het kind thuis?

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Is de aandoening van het kind de oorzaak van moeilijkheden op school of om met vriendjes om te gaan?

Zo ja? Hoe?

.....
.....
.....

Andere nuttige gegevens:

.....
.....
.....
.....

Moeilijkheden om contact te hebben met anderen

Welke is de oorzaak van de moeilijkheden?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Over verplaatsing

Welke moeilijkheden heeft het kind om zich te verplaatsen (thuis / op school / openbaar vervoer)?

.....
.....
.....
.....

Welke moeilijkheden zijn er bij spel- en sportactiviteiten?

.....

.....

Andere nuttige gegevens?

.....

.....

Over de behandeling thuis

Welke moeilijkheden zijn er om de behandeling thuis te geven?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Andere nuttige gegevens?

.....

.....

Over verplaatsing voor onderzoek of behandeling

Het gaat over verplaatsingen door de familie gedurende minstens 3 maanden voor behandeling van het kind.
Het gaat ook over verplaatsingen om een kind te bezoeken of overnachtingen bij een kind dat in het ziekenhuis verblijft.
Het gaat niet over verplaatsingen naar school of in schoolverband.

Naar waar?

Hoe vaak gebeurt dit per week of per maand ?

.....

Andere nuttige gegevens:

.....

.....

Over voeding, wassen, kleden en de aanpassing van de manier van leven

Welke moeilijkheden zijn er bij het eten?

.....

.....

.....

Welke aandacht of maatregelen zijn er nodig bij wassen of hygiëne?

.....

.....

.....

.....

Bestaat de noodzaak tot thuisblijven van één van de ouders voor verzorging van het kind?

Zo ja, waarom?

En vanaf wanneer?

Kunt U terecht voor gewone kinderopvang (kribbe, onthaalouder)?

.....

Welke moeilijkheden voor jeugdbeweging, sportactiviteiten of vakantieverblijf?

.....

.....

.....

Andere nuttige gegevens:

.....



INLICHTINGENFORMULIER

DEEL B: MEDISCHE GEGEVENS.

Medisch Formulier
Medisch geheim

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELLENDE GENEESHEER.
DOOR DE AANVRAGER ONDER GESLOTEN OMSLAG TE
VOEGEN BIJ HET FORMULIER AANVRAAG TOT MEDISCHE
VASTSTELLING, SAMEN MET HET DEEL A.

Strikte voorwaarden voor bijzondere procedure voor evaluatie zonder medisch onderzoek **(K.B. van 27 april 2007).**

Aankruisen wat van toepassing is:

- Gereserveerde prognose op korte termijn***
- Zware behandeling met gevolgen voor de immuniteit**
- Belangrijke chirurgische ingreep in de loop van de 6 maanden na de geboorte of een ongeval**
- Hospitalisering of posttraumatische revalidatie in een instelling gedurende minstens 6 maanden**
- Het kind geniet palliatieve verzorging**

De eerste voorwaarde moet voldaan zijn en één van de vier volgende.

Deze procedure kan niet meermaals na elkaar worden toegepast.

Opgelet : Deel A van het formulier moet ondertekend worden door de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind.

* Volgens koninklijk besluit van 27 april 2007

ALGEMENE INLICHTINGEN BETREFFENDE DE TE ONDERZOEKEN PERSOON

Naam:.....

Voornaam:.....

Geslacht:.....

Geboortedatum:.....

Rijksregisternummer:.....

Telefoonnummer/GSM/SMS/Fax:.....

e-mail:.....

Woonplaats

Straat en nr.:.....

Postnr.: Plaats:.....

Indien verblijf in instelling, naam en adres :.....

.....

ALGEMENE INLICHTINGEN OVER HET GEZIN

	leeftijd	gezondheidstoestand	beroep en/of studie
Vader
Moeder
Broers / zusters v.h. kind

INLICHTINGEN OVER DE GENEESHEER DIE HET DOCUMENT INVULT

Naam:

Adres:

.....

Telefoonnummer:

Faxnr.:

e-mail:

RIZIVnr. :

Antecedenten

Medische antecedenten

Datum	Diagnose	Behandeling :
.....	datum: van tot (maand/jaar)
.....	datum: van tot (maand/jaar)
.....	datum: van tot (maand/jaar)

Chirurgische antecedenten

Datum	Diagnose	Ingrepen
.....
.....
.....

Schoolloopbaan

Gewoon onderwijs:

Buitengewoon onderwijs:

Plaats: Type: OV: van tot of sinds

Plaats: Type: OV: van tot of sinds

IQ-test:

type test: datum test: IQ tot: VIQ: PIQ:
type test: datum test: IQ tot: VIQ: PIQ:
type test: datum test: IQ tot: VIQ: PIQ:

Instelling (MPI / revalidatiecentrum / psychiatrie, enz...):

Plaats: van tot of sinds

Opnameverslag / evolutieverslag:

Gedrag (beschrijving):

.....
.....
.....
.....
.....

Huidige aandoeningen

Diagnose	datum 1^e symptomen	datum diagnose	datum begin behandeling
.....
.....
.....

Type huidige behandeling

<u>Medicamenten</u> (naam)	posologie	begindatum (maand/jaar)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

<u>Operaties</u>	type	datum
.....
.....

Ziekenhuisopnames: datum: van tot (maand/jaar)
datum: van tot (maand/jaar)

<u>Revalidatie</u>	<u>begindatum</u>	<u>freq.</u> (per week / maand)	<u>Plaats</u>
Logopedie
Kinesithérapie
Ergotherapie
Psychotherapie
Thuisbegeleiding

Behandeling (specifiëren): intermitterend of continu?

Specifieke veiligheidsmaatregelen en/of preventieve maatregelen (thuis, school, vervoer):

Visus

Wanneer werd voor het eerst een afwijking vastgesteld? maand jaar

Huidig onderzoek: maand jaar

- Gezichtsscherpte vóór correctie: rechteroog linkeroog
- Gezichtsscherpte na correctie: rechteroog linkeroog
- Gezichtsscherpte binoculair (na correctie):
- Gezichtsveld (na correctie): rechteroog linkeroog

Gehoor

Wanneer werd voor het eerst een afwijking vastgesteld? maand jaar

Gehoorthprothese: neen / ja : sedert maand jaar

Cochleair implantaat: neen / ja : sedert maand jaar

Laatste gehooronderzoek: maand jaar

- Tonaal liminair audiogram uitgevoerd: maand jaar

- Spraakaudiometrie met prothese uitgevoerd: maand jaar

	prothese	500	1000	2000 Hz	gemiddeld
Re	zonder				
Li	zonder				
Re	met				
Li	met				

Gespecialiseerde verslagen bijvoegen als bijlage

Datum:

Handtekening: