Medische en psychosociale begeleiding

bij de behandeling van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminking

**MEDISCH VERSLAG**

Bij te voegen bij *het aanvraagformulier voor een tegemoetkoming*

*in de kosten van revalidatieverstrekkingen*

DIT VERSLAG MOET AANTONEN DAT DE RECHTHEBBENDE

VOLDOET AAN DE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST

**Identificatie van het centrum**

Identificatienummer

Naam:

Straat, nr.:

Postcode, plaats:

**I. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS**

1.1. Identificatie van de rechthebbende

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Aansluitingsnummer bij de verzekeringsinstelling:

1.2 Type aanvraag

[ ]  Eerste aanvraag

 🡪 Eerste dag tijdens welke minstens één zitting werd uitgevoerd: …./…./……..

 🡪 Tweede dag tijdens welke minstens één zitting werd uitgevoerd: …./…./……..

[ ]  Aanvraag om verlenging (uitsluitend ingeval niet alle 25 zittingen zijn uitgeput of de reconstructieve operatie nog niet werd uitgevoerd)

🡪Datum van de eerste verstrekking (zitting of reconstructieve operatie) uitgevoerd in de gevraagde periode om verlenging: …./…./……..

[ ]  Ik bevestig dat elke zitting minstens 1 uur heeft geduurd op één enkele dag.

1.3. Gevraagde periode

Begindatum van de gevraagde periode\*: …./…./……..

Einddatum van de gevraagde periode\*: …./…./……..

*\* De begindatum van de gevraagde periode stemt, in geval van een eerste aanvraag, overeen met de datum van de allereerste zitting die in het centrum wordt uitgevoerd. Die datum moet overeenstemmen met de datum van de eerste zitting die wordt vermeld in rubriek 1.2 van dit formulier in geval van een eerste aanvraag.*

*De begindatum van de gevraagde periode stemt, in geval van een aanvraag om verlenging, overeen met de datum van de eerste verstrekking (zitting of reconstructieve operatie) die tijdens de gevraagde periode van verlenging in het centrum wordt uitgevoerd. Die datum moet overeenstemmen met de datum van de eerste verstrekking die wordt vermeld in rubriek 1.2 van dit formulier in geval van een aanvraag om verlenging.*

*\*\* De einddatum stemt overeen met DD-1/MM/JJJJ+3 jaar van de begindatum van de gevraagde periode (beschouwd als DD/MM/JJJJ).*

**II. MEDISCHE GEGEVENS**

De ondergetekende arts verklaart dat de patiënt de gevolgen vertoont van een vrouwelijke genitale verminking (VGV) die beantwoordt aan de definitie van de WGO.

De vastgestelde verminkingen zijn van het volgende type:

|  |
| --- |
|[ ]  Type 1 – Clitoridectomie: gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris (klein, gevoelig en erectiel deel van de vrouwelijke geslachtsorganen) en, wat minder vaak voorkomt, enkel van de clitorishoed (huidplooi die de clitoris beschermt). |
|[ ]  Type 2 – Excisie: gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder excisie van de grote schaamlippen (die de vaginale opening omgeven). |
|[ ]  Type 3 – Infibulatie: vernauwing van de vaginale opening door het creëren van een afsluiting. Die afsluiting ontstaat door het snijden en opnieuw aan elkaar hechten van de kleine en soms van de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris. Bij dit type 3 spreekt men ook over "vernauwing van de vaginale opening met het verwijderen en dichtnaaien van de kleine en/of grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris”. |
|[ ]  Type 4 – Overige vormen: alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, snijden, insnijden en uitbranden. |

Leeftijd van de rechthebbende: ……. jaar.

Eventuele andere verduidelijkingen en/of opmerkingen:

|  |  |
| --- | --- |
| De arts van het geconventioneerde centrum verklaart dat voor deze rechthebbende alle verplichtingen en voorwaarden, die in de overeenkomst zijn vastgelegd, vervuld zijn. | De arts van het geconventioneerde centrum(datum, naam, RIZIV-nummer, handtekening) |