**MEDISCH VERSLAG WAARUIT BLIJKT DAT DE PATIENT AAN DE VOORWAARDEN INZAKE TEGE­MOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE REVALIDATIEVERSTREKKINGEN IN HET KADER VAN DE "REVALIDATIEOVEREENKOMST" BEANTWOORDT.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  IDENTIFICATIE VAN DE INRICHTING |

Naam: Identificatienummer:

Contactpersoon: Telefoon:

|  |
| --- |
|  IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT |

Naam en voornaam van de patiënt:

Geboortedatum: R.I.Z.I.V.-dossiernummer (indien gekend) :

V.I.: referentie V.I.:

|  |
| --- |
|  MEDISCHE GEGEVENS IN VERBAND MET DE ZIEKTE OF STOORNIS |

Diagnose:

Anamnese (met nauwkeurig aangegeven chronologie):

Functioneel Bilan:

|  |
| --- |
|  FUNCTIONELE REVALIDATIE |

Beschrijving van de revalidatienoden:

Doelstellingen van de revalidatie:

Geplande inhoud van de revalidatie:

|  |
| --- |
|  GEVRAAGD AKKOORD WAT BETREFT DE REVALIDATIEVERSTREKKINGEN |

**REVALIDATIE-INDICATIE** zoals bepaald in artikel 3, § 2 van de overeenkomst afgesloten met de bovenvermelde revalidatiedienst:

 GROEP **A2** ambulant - 773 791 gehospitaliseerd - 773 802

 na de in art. 5, § 3 van de overeenkomst voorziene maximum duur → - 773 614 - 773 625

|  |  |
| --- | --- |
| 2. verworven para- of quadriplegie | 3. hersenletsel dat zware neuromotorische stoornissen of spraak- en taalstoornissen of andere zware neuropsychologische stoornissen veroorzaakt |

 GROEP **A2BIS** ambulant -773 776 gehospitaliseerd - 773 780

 na de in art. 5, § 3 van de overeenkomst voorziene maximum duur → - 773 614 - 773 625

|  |
| --- |
| 4. chronische evolutieve ziekten van de hersenen en/of van het ruggemerg, met motorische of intellectuele sekwellen, gedurende de intensieve revalidatiefase na een opstoot |

 GROEP **A4** ambulant - 773 732 gehospitaliseerd - 773 743

|  |
| --- |
| 5. amputatie van een bovenste of onderste lidmaat |

 GROEP **B3** ambulant a) - 773 872 gehospitaliseerd a) - 773 883

 b) - 773 754 b) - 773 765

 c) - 773 673 c) - 773 684

 na de in art. 5, § 3 van de overeenkomst voorziene maximum duur → - 773 614 - 773 625

|  |  |
| --- | --- |
| 6. hersenverlamming | 8. dysmelie en phocomelie |
| 7. aangeboren aandoeningen aan de wervelkolom en/of van het ruggemerg |

 GROEP **B4** ambulant - 773 813 gehospitaliseerd - 773 824

 na de in art. 5, § 3 van de overeenkomst voorziene maximum duur → - 773 614 - 773 625

|  |  |
| --- | --- |
| 9. myopathieën: de progressieve erfelijke musculaire dystrofieën, de myotonia congenita van Thomsen en de autoimmune polymyosotis | 11. \_ ernstige locomotorische en psychologische stoornissen t.g.v. reumatoïde artritis in Steinbrocker stadium III en IV  |
| 10. mucovicidose | 12. ernstige locomotorische en psychologische stoornissen t.g.v. spondylitis met perifere aantasting in Steinbrocker III en IV, met eventueel neurologische verwikkelingen |

Gevraagde **REVALIDATIEPERIODE:** van ....../....../...... tot ....../....../......

Effectieve **BEGINDATUM VAN DE REVALIDATIE** (enkel te vermelden bij verlenging), hetzij in bovenvermelde inrichting, hetzij in

een andere inrichting: ....../....../......

Aantal voorgeschreven **ZITTINGEN PER WEEK** : ............. x per week

Ondergetekende revalidatiearts verklaart dat de betrokken patiënt beantwoordt aan de beschikkingen van artikel 3, § 5 van de overeenkomst.

|  |
| --- |
|  IDENTIFICATIE VAN DE VOORSCHRIJVENDE REVALIDATIEARTS |

(naam + datum + handtekening + R.I.Z.I.V.-identificatienummer)