Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

**Bijlage 17**

**MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR DE AFLEVERING VAN EEN TOERUSTING TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR**

1. **IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVENDE ARTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voornaam van de rechthebbende:  | Invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengenVerzekeringsinstelling: Naam en voornaam van de rechthebbende: Adres van de rechthebbende: Inschrijvingsnummer bij de sociale zekerheid (INSZ): ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ |

**VOORSCHRIFT VOOR DE TESTEN VAN DE TOERUSTING TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Ik ondergetekende, arts-specialist otorhinolaryngologie verklaar de testen van een toerusting ter correctie van het gehoor voor te schrijven op basis van onderstaand of bijgevoegd tonaal audiogram[[1]](#footnote-1).Ik verklaar:□ uitzonderingsregel *a* is van toepassing (m.b.t. de frequentiezones); Frequentiezones: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (schrap wat niet past)□ uitzonderingsregel *b\** is van toepassing (m.b.t. spraak- of taalontwikkeling of schoolse achterstand, <18j);□ uitzonderingsregel *c\** is van toepassing (m.b.t. permanente air-bone gap);Frequentiezones: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (schrap wat niet past)□ uitzonderingsregel *d\** is van toepassing (m.b.t. spraak in ruis):naam van de gebruikte lijst: …………………………………………………..normaalwaarde voor deze lijst: ……………………………………………..score van de rechthebbende: ………………………………………………… verschil met de norm: ……………………………………………………………□ de testen kunnen bij wijze van uitzondering en omwille van onderstaande medische redenen bij de rechthebbende thuis geschieden:Motivatie:……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………. | Naam en voornaam voorschrijvende arts: ……………………………………………………………………………………………………….Adres: …………………………………………………………………………………………….………… …………………………………………………………………………………………….…………R.I.Z.I.V. ident. Nr. : ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔Datum :Handtekening : |

**TOONAUDIOMETRIE**

 R L

Luchtgeleiding O X

Beengeleiding

 **RECHTER OOR LINKER OOR**



**Gelieve de drie frequenties aan te duiden die gebruikt werden om het gemiddelde gehoorverlies te berekenen**

**bijlage 17 (vervolg)**

1. **IN TE VULLEN DOOR DE AUDICIEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Ik ondergetekende verklaar de testen van toerusting ter correctie van het gehoor te hebben verricht tijdens de periode van …………………… tot ……………………□ Ik verklaar de arts-specialist een omstandig verslag te hebben bezorgd met de becijferde winst of alle andere aanwijzingen aan de hand waarvan deze de doeltreffendheid van de gehoorcorrectie kan beoordelen. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen en eventueel de COSI vragenlijst moet(en) bij dit formulier worden gevoegd opdat de adviserend arts van de verzekeringsinstelling er kennis kan van nemen wanneer om de definitieve toestemming voor de verzekeringstegemoetkoming van de toerusting wordt verzocht.);□ Ik verklaar vastgesteld te hebben dat de resultaten van de testen onvoldoende waren.  | Naam en voornaam audicien: ………………………………………………………………Adres: …………………………………………………………………………………………….………… …………………………………………………………………………………………….…………R.I.Z.I.V. ident. Nr. : ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔Datum :Handtekening : |

1. **IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVENDE ARTS - VOORSCHRIFT VAN DE TOERUSTING**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik ondergetekende, arts-specialist voor otorhinolaryngologie, verklaar op basis van het resultaat van de testen inzake gehoorcorrectie welke mij zijn voorgelegd, een toerusting ter correctie van het gehoor voor te schrijven, die werkt :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a) met luchtgeleiding** | Nomenclatuurnr. | Pseudocode |
| monofonische toerusting |  |  |
| stereofonische toerusting |  |  |
| contralaterale toerusting |  |  |
| **b) met beengeleiding** |  |
| bijkomende tegemoetkoming |  |  |
| **c) CROS/BICROS** |  |
| bijkomende tegemoetkoming |  |  |

 | Naam en voornaam voorschrijvende arts: ……………………………………………………………………………………………………….Adres: …………………………………………………………………………………………….………… …………………………………………………………………………………………….…………R.I.Z.I.V. ident. Nr. : ⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔ ⊔⊔⊔Datum :Handtekening : |

1. **VERZEKERINGSINSTELLING**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adviserend arts** |  | **Betalingsverbintenis** |
| Ik ondergetekende verklaar □ in te stemmen □ niet in te stemmen met de terugbetaling van de verstrekking nr.:……………………………………………………………………………………………..………………………Datum, naam en handtekening van de adviserend arts, |  | De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de hiernaast vermelde verstrekking(en) te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Voor leeftijdsgebonden verstrekkingsnummers is de datum van aflevering bepalend.**Naam en handtekening van de verantwoordelijke van de verzekeringsinstelling****datum :**  |

1. Voor kinderen jonger dan 6 jaar of rechthebbenden met een mentale leeftijd jonger dan 6 jaar waarbij de tonale audiometrie niet mogelijk is, is een tonale audiometrie niet vereist (cf. art. 31 van de nomenclatuur, 3.2) [↑](#footnote-ref-1)