

## BIJLAGE 92

### **Medisch voorschrift voor individueel op maat vervaardigde zitorthese uit art. 29**

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen verstrekker.

#### **IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE**

*In te vullen door de rechthebbende of klevler ziekenfonds.*

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Adres	
Verzekeringsinstelling	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	

#### **1. VOORSCHRIFT** *In te vullen door de voorschrijvende arts.*

*Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat.....  
(naam en voornaam van de rechthebbende) nood heeft aan een zitorthese op maat zoals beschreven in art 29. (<https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/nomen/Paginas/nomen-artikel29.aspx>)*

Het betreft een :  Eerste aanvraag     Hernieuwing     Voortijdige hernieuwing

Doelgroepen:

- A1    rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18<sup>de</sup> verjaardag, rechthebbenden tot de 18<sup>de</sup> verjaardag
- A2    rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18<sup>de</sup> verjaardag, rechthebbenden vanaf de 18<sup>de</sup> verjaardag
- B1    rechthebbenden die vanaf de 18<sup>de</sup> verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18<sup>de</sup> verjaardag, na gebruik van een verzorgingsrolstoel
- B2    rechthebbenden die vanaf de 18<sup>de</sup> verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18<sup>de</sup> verjaardag, in uitzonderlijke situatie

**2. DIAGNOSE EN HUIDIGE MEDISCHE SITUATIE** *In te vullen door de voorschrijvende arts.*

- Aangeboren aandoening
- Aanvangsdatum van de aandoening of letsel die aanleiding geeft tot dit voorschrift:  
...../...../.....
- De handicap is het gevolg van een ongeval :  ja     neen

Diagnose die aan de basis ligt van dit voorschrift : ..... ..... .....
Omschrijving van de huidige medische situatie: ..... ..... .....
De situatie is: <input type="checkbox"/> stabiel <input type="checkbox"/> evolutief
Het gebruik is: <input type="checkbox"/> definitief <input type="checkbox"/> tijdelijk
Het gebruik is <input type="checkbox"/> dagelijks en gedurende groot deel van de dag <input type="checkbox"/> frequent maar niet dagelijks <input type="checkbox"/> occasioneel

**3. HUIDIGE FUNCTIONELE TOESTAND** *In te vullen door de voorschrijvende arts, desgevallend in samenwerking met multidisciplinair team*

Omschrijving van aard en ernst van de mobiliteits- en positioneringsproblemen: ..... ..... .....
Beschrijving van anatomische en/of functionele stoornissen van de wervelkolom waarvoor een technische oplossing wordt gezocht: ..... ..... .....
Beschrijving van de anatomische en/of functionele stoornissen van bekkengordel en/of dijbeenspieren waarvoor een technische oplossing wordt gezocht : ..... ..... .....

**Voor doelgroep B1:** doorverwijzing en motivatie door behandelend arts .....  
(naam en voornaam) , bijgevoegd in bijlage.

**Voor doelgroep B2:** omschrijving van de uitzonderlijke situatie:

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

Motivatie voortijdige hernieuwing:

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

Dit voorschrift is opgemaakt door: \*

Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Arts-specialist	Naam  RIZIV-erkenningsnummer	Handtekening
Ergotherapeut of kinesitherapeut	Naam  RIZIV-erkenningsnummer	Handtekening
Andere (functieomschrijving)	Naam  RIZIV-erkenningsnummer	Handtekening

\*zie artikel 29 § 26 punt 4.1.1 voorschrijvers.