Medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel

MV versie 6 – 01 januari 2026

VLAAMSE
SOCIALE BESCHERMING
Departement Zorg
www.departementzorg.be
www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?
Dit document dient ingevuld te worden om een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel te kunnen ontvangen.
Wie ondertekent dit document?
De behandelend arts, bij voorkeur de huisarts, van de persoon die een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wenst te ontvangen vult het document in en ondertekent het document.
Belangrijke informatie in geval de gebruiker lijdt aan een snel degeneratieve aandoening.

- *Een manuele rolstoel kan enkel voorgeschreven worden door een neuroloog of een gespecialiseerd rolstoeladviesteam (GRAT).*
- *Voor een elektronische rolstoel, scooter of hoepelondersteuning voor een manuele rolstoel moet een rolstoeladviesrapport opgemaakt worden door een GRAT.*

Aan wie bezorgt u dit document?
Met dit document moet de persoon met een zorgnood zich wenden tot een erkend verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen naar keuze (zie www.https://www.departementzorg.be/nl/verstrekkers-van-mobiliteitshulpmiddelen). Enkel een erkend verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen kan de aanvraag digitaal indienen bij de zorgkas.

A. Identificatie van de persoon en het gevraagde mobiliteitshulpmiddel

1 Vul de gegevens in van de persoon waarvoor het medisch voorschrift wordt opgemaakt.

voor- en achternaam .....

rijksregisternummer ....

telefoonnummer (of van diens vertegenwoordiger) .....

2 Welk(e) mobiliteitshulpmiddel(en) heeft de persoon nodig?
Krukken worden bij de Vlaamse sociale bescherming niet beschouwd als mobiliteitshulpmiddel. Hiervoor is dus geen tegemoetkoming mogelijk.

☐ loophulpmiddel. *Wordt enkel een loophulpmiddel aangevraagd, ga dan naar vraag 12.*

☐ rolstoel (manueel, elektronisch of scooter)

☐ drie-of vierwielfiets

☐ zitkussen tegen doorzitwonden

☐ andere: .....

3 Is het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel definitief?

☐ Ja, de noodzaak tot gebruik van het mobiliteitshulpmiddel is definitief.

☐ Nee, het gebruik van het mobiliteitshulpmiddel zal slechts tijdelijk zijn. *Bij tijdelijk gebruik is er geen tegemoetkoming mogelijk. Gelieve de persoon door te verwijzen naar een uitleendienst.*

B. Diagnose en huidige medische situatie

4 Wat is de diagnose? Geef een prognose of omschrijving van de huidige medische situatie.
Voeg indien gekend de datum van diagnose toe. U kunt ook een recent of geactualiseerd medisch verslag in bijlage toevoegen. In geval van unilaterale aandoening, links of rechts specificeren. In geval van decubitus (doorzitwonden): gelieve risico of noodzaak te omschrijven, preventief of curatief.

.....

.....

.....

.....

5 Lijdt de persoon aan een snel degeneratieve aandoening?
Onder snel degeneratieve aandoening wordt verstaan: amyotrofe lateraal sclerose, primaire lateraal sclerose, progressieve spinale musculaire atrofie, multisysteem atrofie of een aandoening die hiermee gelijkgesteld kan worden.

☐ ja ☐ nee

6 Zijn de beperkingen het gevolg van een ongeval?

☐ ja ☐ nee

7 Heeft de persoon een beroep gedaan op locomotorische of neurologische revalidatie in een revalidatieziekenhuis of een revalidatievoorziening gedurende de afgelopen maand?
Met revalidatie wordt bedoeld: het betreft een recent medisch voorval, dat aanleiding heeft gegeven tot het ontstaan of de verergering van mobiliteitsbeperkingen die het gevolg zijn van een locomotorische of neurologische problematiek en de evolutie van de beperkingen is nog niet gestabiliseerd.

☐ ja ☐ nee

8 Is de persoon momenteel gehospitaliseerd in een ziekenhuis?
Met ziekenhuis wordt bedoeld: algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis, m.u.v. psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

☐ ja. *Ga naar vraag 9.*

☐ nee. *Ga naar vraag 10.*

9 Is de ontslagregeling gekend of is er in het revalidatieplan sprake van een voorbereiding van ontslag?

☐ ja ☐ nee

10 Indien meerderjarig: is het “palliatief forfait” aangevraagd voor deze persoon?

☐ ja ☐ nee

C. Globale beschrijving van de functionele beperkingen van de persoon

11 Indiceer de functionele beperkingen van de persoon aan de hand van ICF.

De beperking van de mobiliteit van personen moet geëvalueerd worden aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF - WHO).

ICF typeringen (meer bepaald de ernst van functionele beperkingen)

***0** = GEEN beperking of participatieprobleem*	*geen, afwezig, verwaarloosbaar*	*0-4%*
***1** = LICHTE beperking of participatieprobleem*	*gering, laag*	*5-24%*
***2** = MATIGE beperking of participatieprobleem*	*tamelijk*	*25-49%*
***3** = ERNSTIGE beperking of participatieprobleem*	*hoog, sterk, aanzienlijk*	*50-95%*
***4** = VOLLEDIGE beperking of participatieprobleem*	*totaal*	*96-100%*
***9** = niet van toepassing*		

De voorgestelde ICF typeringen in kolom "globale beschrijving en motivering" zijn indicatief.

Noot: onder mobiliteitshulpmiddelen wordt verstaan: manuele rolstoelen, elektronische rolstoelen, elektronische scooters, drie- of vierwielfietsen of zitdriewielfietsen (excl. hulpmiddelen zoals loophulpmiddelen, krukken, …).

Functies / Activiteiten en Participatie	Typering ICF	Globale beschrijving en motivering
a) Zich **binnenshuis verplaatsen zonder mobiliteitshulpmiddel** ICF/d450 / d4600		☐ geen moeilijkheid (0) ☐ met nemen van steun (1) ☐ met loophulp (2) ☐ met hulp en ondersteuning van een persoon (3) ☐ verplaatsingen zonder mobiliteitshulpmiddel zeer moeilijk of onmogelijk (4) *Opmerkingen:*
b) Zich **buitenshuis verplaatsen zonder mobiliteitshulpmiddel** ICF/d4501 / d4602		☐ geen moeilijkheid (0) ☐ met nemen van steun (1) ☐ met loophulp (2) ☐ met hulp en ondersteuning van een persoon (3) ☐ verplaatsingen zonder mobiliteitshulpmiddel zeer moeilijk of onmogelijk (4) *Opmerkingen:*
c) Handhaven van **staande houding** (enige tijd) ICF/d4154		☐ geen moeilijkheid (0) ☐ met nemen van steun (1)(2) ☐ met hulp en ondersteuning van een persoon (3) ☐ zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp (4) *Opmerkingen:*
d) Gebruiken van **hand en arm** in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465		de gebruiker kan zich zelfstandig en op regelmatige basis opduwen ☐ Ja (0)(1)(2) ☐ Nee (3)(4) kan zelfstandig veranderen van houding ☐ Ja (0)(1)(2) ☐ Nee (3)(4) kan een manuele rolstoel zelfstandig bedienen ☐ Ja (0)(1)(2) ☐ Nee (3)(4) *Opmerkingen:*
Functie van de bovenste ledematen of van het bovenste lidmaat wanneer slechts één functioneel bovenste lidmaat		***Bijkomend bij een aanvraag voor een elektronische scooter.*** de gebruiker kan een elektronische scooter besturen ☐ ja (0)(1)(2) ☐ nee (3)(4) *Opmerkingen:*

e) Uitvoeren van **transfers** (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420		☐ geen moeilijkheid (0) ☐ met nemen van steun (1)(2) ☐ met hulp en ondersteuning van een persoon (3) ☐ zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp (4) *Opmerkingen:*
f) Handhaven van **zittende houding** (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153		☐ kan zelfstandig zitten in de rolstoel (0)(1)(2) ☐ de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen (3) ☐ totaal passieve zithouding (4) *Opmerkingen:*
g) **Cognitieve** functies ICF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176		☐ geen cognitieve problemen (0) ☐ lichte beperking van de cognitieve functies (1)(2) ☐ matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies (3)(4) *Opmerkingen:*

D. Ondertekening

12 Vul de onderstaande verklaring in.

Ondergetekende, arts, verklaart hierbij dat de persoon, vermeld in luik A, ten gevolge van functionele en/of anatomische stoornissen, beperkingen in de mobiliteit vertoont. Hierdoor zijn er voor deze persoon problemen voor participatie aan het maatschappelijk leven. De persoon dient hiervoor definitief een gepast mobiliteitshulpmiddel te bekomen.

Druk in het vak hiernaast uw stempel af (incl. RIZIV erkenningsnummer).

datum dag ..... maand ..... jaar .....

handtekening .....

voor- en achternaam .....