**AANVRAAGFORMULIER ROLSTOELAFHANKELIJK VERVOER REVALIDATIE BUITENLAND**

**(In te vullen door de verwijzende arts-specialist)**

**Te richten aan de zorgkas van de rechthebbende.**

|  |
| --- |
| **In te vullen door de zorgkas1 van de rechthebbende:**Ontvangstdatum bij de zorgkas[[1]](#footnote-1) ….. / …… / 20……….Termijn van schorsing …… / ……. / 20……… tot …… / ……. / 20……… |

1. **GEGEVENS ZORGGEBRUIKER**

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam:Klik of tik om tekst in te voeren. Rijksregisternummer: . . - .

Adres: : Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode en Gemeente: : Klik of tik om tekst in te voeren.

Zorgkas1: [ ]  CM-zorgkas (180) [ ]  Neutrale Zorgkas (280)

 [ ]  Zorgkas Socialistische Mutualiteiten (380) [ ]  Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen

 [ ]  Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (580) (480)

 [ ]  Vlaamse Zorgkas (680)

1. **DOELGROEP**

[ ]  Na uitvoering van een functioneel onderzoek verklaar ik, de verwijzende arts-specialist, op eer dat de gebruiker wegens de aard en de ernst van zijn aandoening zijn rolstoel tijdens vervoer van- en naar de revalidatievoorziening in het buitenland niet kan verlaten en alleen vervoerd kan worden in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor vervoer in een rolstoel.

[ ]  Aandoening (evt. ICD-10 code):

[ ]  Omschrijving van de problematiek van de gebruiker en motivatie waarom de gebruiker de rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer naar en van de revalidatievoorziening in het buitenland:

Klik of tik om tekst in te voeren.

**Ondertekening**

Datum: …… / ……. / 20………

Handtekening van de arts-specialist, gespecialiseerd in de revalidatie in kwestie:

Handtekening van de zorggebruiker:

Naam en voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

1. De contactgegevens van de zorgkassen zijn terug te vinden via https://www.vlaamsesocialebescherming.be/contact/de-zorgkassen [↑](#footnote-ref-1)