**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)