**AANVRAAGFORMULIER 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. **GEGEVENS VERWIJZENDE ARTS[[2]](#footnote-2)**

Naam arts: Klik of tik om tekst in te voeren.

RIZIV-nummer of erkenningsnummer:

Telefoonnummer en/of e-mailadres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

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

1. **INITIATIEF/NEMER AANVRAGER (gelieve aan te kruisen)**

[ ]  ikzelf als voorschrijvende arts

[ ]  ikzelf op voorstel van andere arts

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

[ ]  ikzelf op vraag van de zorggebruiker

1. **MEDISCHE PROBLEMATIEK**

Actuele medische diagnose/problematiek: Klik of tik om tekst in te voeren.

Relevante voorgeschiedenis: Klik of tik om tekst in te voeren.

Beschrijving van de letsels of functionele stoornissen die de revalidatie noodzakelijk maken:

Klik of tik om tekst in te voeren.

Eerdere behandelingen en resultaten: Klik of tik om tekst in te voeren.

Bijgevoegde medische verslagen: Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **GEVRAAGDE ZORGEN**
	1. **Naam van het programma**. Klik of tik om tekst in te voeren.
	2. **Verantwoordelijke buitenlandse arts:**

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Erkenningsnummer:

Adres:

Referentie i.v.m. expertise (zo uitgebreid mogelijk): Klik of tik om tekst in te voeren.

* 1. **Naam en adres van de instelling waar de revalidatie wordt verleend:**

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

Land: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

Website: Klik of tik om tekst in te voeren.

**5.4. Modaliteiten revalidatie** *(gelieve aan te kruisen*):

□ opname in het ziekenhuis waar de revalidatie wordt verleend (met overnachting)

□ opname in een revalidatiecentrum buiten een ziekenhuis (met overnachting)

□ opname buiten het ziekenhuis of revalidatiecentrum (= ambulante revalidatie)

* 1. **Voorgeschreven revalidatieprogramma en prestaties**

5.5.1. Gedetailleerde omschrijving van hetindividuelerevalidatieprogramma: Klik of tik om tekst in te voeren.

5.5.2. Hoofdcomponenten van het programma: Klik of tik om tekst in te voeren.

5.5.3. Betrokken disciplines: Klik of tik om tekst in te voeren.

5.5.4. Gevraagde periode: van ……/……/20….. t.e.m. …../……/20…..

5.5.5. Frequentie (dagelijks? wekelijks? aantal uren per dag? …): Klik of tik om tekst in te voeren.

5.5.6. Te behalen doelstelling via revalidatie (zo volledig mogelijk): Klik of tik om tekst in te voeren.

* 1. **Vergelijking met in België beschikbare revalidatieprogramma’s (kiezen aub)**

[ ]  Er bestaat in België een vergelijkbaar revalidatieprogramma.

 Revalidatieovereenkomst (7XX.XXX.XXX) of (9XX.XXX.XXX)?:[[3]](#footnote-3)

 (Ga verder onder 5.7.1)

[ ]  Er bestaat in België geen vergelijkbaar revalidatie programma

 (Ga verder onder 5.7.2.)

* 1. **Argumentatie voor revalidatie in het buitenland**
		1. Er is een gelijkaardig revalidatieprogramma in België zoals bedoeld in deze aanvraag

 Motiveer waarom revalidatie in België niet mogelijk is:

[ ]  inhoudelijke redenen: Klik of tik om tekst in te voeren.

[ ]  Medisch-technische beschikbaarheid: Klik of tik om tekst in te voeren.

* + 1. Er is geen gelijkaardig revalidatieprogramma in België

Motiveer in welk opzicht revalidatieprogramma’s in België verschillen van het gevraagde programma:

[ ]  Doelgroep: Klik of tik om tekst in te voeren.

[ ]  Inhoud programma: Klik of tik om tekst in te voeren.

Motiveer waarom in België voorhanden zijnde revalidatieprogramma’s niet kunnen worden toegepast:

[ ]  Medisch-technische beschikbaarheid: Klik of tik om tekst in te voeren.

[ ]  Specifieke situatie van de patiënt: Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **ANDERE GERAADPLEEGDE ARTSEN IN BELGIË UIT HETZELFDE VAKGEBIED**

Andere geraadpleegde artsen in België uit hetzelfde vakgebied als dan naar het welke de verzekerde wordt verwezen in het buitenland en hun schriftelijk advies (*zo uitgebreid mogelijk, ook e-mail mogelijk indien verzekerde anoniem blijft*).

*NB: de verantwoordelijke arts van de zorgkas kan hierom verzoeken alvorens een beslissing te nemen.*

* Naam + advies: Klik of tik om tekst in te voeren.
* Naam + advies: Klik of tik om tekst in te voeren.
* Naam + advies: 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)
2. Geen autoprescriptie toestaan: de verwijzende arts kan niet dezelfde als de behandelende arts zijn. [↑](#footnote-ref-2)
3. Indien u het hiermee overeenstemmende aanvraagformulier van een vergelijkbare revalidatie in een Vlaamse revalidatievoorziening kan toevoegen is dit wenselijk. [↑](#footnote-ref-3)