|  |  |
| --- | --- |
| Geïnformeerde toestemming | GT versie-01-20250101 |

|  |
| --- |
| ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |

|  |
| --- |
| **Departement Zorg**  [www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)  [www.vlaamsesocialebescherming.be](http://www.vlaamsesocialebescherming.be) |

IDENTIFICATIE VAN DE GEBRUIKER

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Voor- en achternaam: | |  | | | | | | |
| Rijksregisternummer: |  | |  |  |  |  |  |

GEΪNFORMEERDE TOESTEMMING

De gebruiker bevestigt zijn aanvraag tot opmaak van een rolstoeladviesrapport (RAR).

De gebruiker verklaart te zijn ingelicht over de voorwaarden van de opmaak van een RAR en/of de voorwaarden voor tegemoetkoming in de reiskosten voor verplaatsing bij vervoer in een rolstoel. Hij is op de hoogte gebracht van de vergoedingen die het desbetreffende rolstoeladviesteam (RAT) en (eventueel) de vervoerder of hijzelf (bij eigen vervoer) zal ontvangen.

De gebruiker gaat akkoord dat het RAT zijn gegevens verwerkt in het kader van een aanvraag tot terugbetaling voor de opmaak van het RAR en eventuele reiskosten. **De gebruiker bevestigt dat het rolstoeladviesteam hem/haar heeft geïnformeerd over de verwerking van deze persoonsgegevens.**

De gebruiker gaat akkoord dat de aanvraag voor terugbetaling van het rolstoeladviesrapport, alsook eventueel de aanvraag voor tussenkomst in reiskosten, door het rolstoeladviesteam wordt ingediend bij de zorgkas van aansluiting en door die wordt verwerkt.

TYPE TEGEMOETKOMING

|  |  |
| --- | --- |
|  | IN DE KOSTEN BIJ OPMAAK VAN EEN RAR IN EEN RAT ONDER VLAAMSE BEVOEGDHEID   * Naam van het rolstoeladviesteam: * Erkenningsnummer: * Datum:    /    / 20 |
|  | IN DE REISKOSTEN VOOR DE VERPLAATSING IN EEN ROLSTOEL NAAR ROLSTOELADVIESTEAM  Verplicht bij een aanvraag tot tussenkomst in de reiskosten hoort een gemotiveerd medisch verslag, opgemaakt door de arts van het RAT, dat de gebruiker wegens de aard en de ernst van zijn pathologie, enkel in zijn rolstoel kan vervoerd worden en dit tijdens het vervoer niet kan verlaten. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ondertekening | | | | | | | |
| Datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
| Handtekening gebruiker  of zijn wettelijke vertegenwoordiger |  | | | | | | |
| Voor- en achternaam |  | | | | | | |