

1 Algemene gegevens

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw Zorgverzekeraar

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Lengte verzekerde

Naam aanvrager Burgerservicenummer

Telefoonnummer Polisnummer

Aanvraag betreft (welk hulpmiddel)

Doel in te zetten hulpmiddel

2 Medische gegevens

Welke medische problemen zorgen voor de functionele beperkingen en mogelijkheden van het kind

Zijn er beperkingen in de arm- en beenfunctie?

Nee Ja

Zo ja, wat zijn deze beperkingen?

Zijn er beperkingen in de balans (hoofd, romp, algemeen)?

Nee Ja

Zo ja, wat zijn deze beperkingen?

Heeft het kind (extra) ondersteuning nodig bij één van de volgende activiteiten?

Nee Ja

Zo ja, waarom?

Liggen Zitten Staàn Lopen (korte en lange afstanden, binnen en buiten).

Is er sprake van bewegingsonrust en of spasmen?

Ja Nee

Zo ja, in welke mate is dit aanwezig?

Waardoor wordt het beïnvloed/geprovoceerd en wat is de oorzaak hiervan?

Kan het kind zichzelf verzorgen (passend bij de leeftijd)

Nee Ja

Zo nee, waarbij en op welke momenten is ondersteuning nodig en waaruit bestaat deze ondersteuning?

3 Beperkingen rond communicatie

Hoe communiceert het kind met zijn omgeving?

Hoe is het met het begrip en de interactie van het kind met de omgeving (in relatie tot de leeftijd)?

Maakt het kind gebruik van communicatiehulpmiddelen?

Nee Ja

Zo ja, welke?

4 Overige relevante gegevens

Verblijft het kind thuis of (gedeeltelijk) elders?

Maakt het kind al gebruik van hulpmiddelen? Nee Ja

Zo ja, welke en waarvoor?

5 Eisen aan in te zetten voorziening

Aan welke functie eisen moet het in te zetten hulpmiddel voldoen op de volgende punten (invullen waar relevant)

Ligondersteuning

Is er sprake van (toekomstig) valgevaar uit bed? Nee Ja

Zitondersteuning

Rugondersteuning

Verplaatsbaarheid

Verstelbaarheid

Fixatie

Overig

In hoeverre is het kind in staat het hulpmiddel adequaat te gebruiken (indien van toepassing)?

In hoeverre kan er wel of geen gebruik gemaakt worden van een hulpmiddel voor volwassenen?

Ondertekening functiegerichte aanvraag door verwijzer

Handtekening behandelend ergo/fysiotherapeut/revalidatiearts:

Naam

Datum

 - -

Plaats

Keuze hulpmiddel en motivatie: In te vullen door leverancier (bij voorkeur in samenspraak met arts)

Wordt er gekozen voor een bijzonder product? Dan aangeven waarom verzekerde vanuit de vastgestelde functie-eisen geen regulier product kan gebruiken.

Namens de leverancier opgesteld door:

Naam

Datum

 - -

Plaats

Toestemming verzekerde

Verzekerde geeft de zorgverzekeraar toestemming voor inzage in de medische gegevens en indien nodig contact op te nemen met de voorschrijver.

Datum

 - -

Plaats

Handtekening verzekerde

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier in de antwoordenvolp naar Zilveren Kruis,
Serviceteam Polis, Postbus 631, 8000 AP Zwolle