

ATTEST AANVRAAG INCONTINENTIE-FORFAIT

(Forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie of incontinentieforfait voor afhankelijke personen)

Gelieve punt 2 in te vullen en na te gaan of punt 3 moet ingevuld worden, de verzekeringsinstelling gaat na elk forfait toegekend kan worden Document naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling sturen, binnen de 3 maanden na ondertekening ervan

1. Identificatie van de rechthebbende

Naam en voornaam:

Inschrijvingsnummer sociale zekerheid:

2. Forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie

(Driejaarlijks opnieuw in te vullen en in te dienen)

In te vullen door huisarts, uroloog, geriater, gynecoloog of pediater

2.1. Evaluatie van de incontinentie

- Anamnese
 - Incontinentie is continu
 - Incontinentie is intermitterend
 - Stress incontinentie
 - Urge incontinentie
 - Urinaire incontinentie en ook faeces incontinentie

- Objectieve gegevens
 - Klinisch onderzoek ter opzoeken van
 - fecaloma
 - globus vesicalis
 - prostatiche hypertrofie
 - gynecologische prolaps
 - anale hypotonus

 - Technische onderzoeken
 - Urine

 - Eventuele specialistische onderzoeken
 - (uro, gyneco, geriater)

 - Eventuele intercurrente factoren:
 - sommige geneesmiddelen
 - omgevingsfactoren
 - gevorderde dementie

 - Therapie:
 - Medicatie
 - Kine
 - Heelkunde

2.2. Na uitsluiting van behandelbare oorzaken van incontinentie en poging tot therapie toch blijvende incontinentie.

Daarom vraag ik voor de toekenning van het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie aan de adviserend arts

Stempel ¹ en handtekening van de arts:	Datum: / / 20
---	---------------------------------

2.3. Voorbehouden voor de adviserend arts van de verzekeringsinstelling:

Ondergetekende,, adviserend arts, geeft een instemming voor het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie voor 3 jaar , te weten tot / / 20

Handtekening van de adviserend arts:	Datum: / / 20
--------------------------------------	---------------------------------

¹ Moet het RIZIV identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener vermelden

3. Incontinentieforfait voor afhankelijke personen

(Jaarlijks opnieuw in te vullen en in te dienen!)

LET OP: dit onderdeel dient enkel ingevuld te worden indien er geen verpleegkundige behandeling aan huis werd aangevraagd door een verpleegkundige (forfaits B of C genoemd).

3.1. Schaal op naam van

CRITERIUM	SCORE	1	2	3	4
Zich wassen		Kan zichzelf wassen zonder enige hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
Zich kleden		Kan zich helemaal aan en uitkleden zonder enige hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
Transfer en verplaatsingen		Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	Is zelfstandig voor de transfer en voor de verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel, ...)	Heeft volstrekte hulp van derden nodig minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	Is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
Toiletbezoek		Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	Heeft hulp nodig voor een van de drie items: zich verplaatsen en zich kleden en reinigen	Heeft hulp nodig voor twee van de drie items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen	Heeft hulp nodig voor de drie items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
Continentie		Is continent voor urine en faeces	Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstsaars)	Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of faeces	Is incontinent voor urine en faeces
Eten		Kan alleen eten en drinken	Heeft vooral hulp nodig om te eten of te drinken	Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of het drinken	De patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

3.2. Periodiciteit (voor het incontinentieforfait voor afhankelijke personen voorwaarde min. 4 maanden (opeenvolgend niet vereist) binnen periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag)

Ik bevestig dat deze schaal geldt voor een periode van 4 maanden (eventueel onderbroken) binnen de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag

Ik verklaar dat deze afhankelijke persoon voldoende ondersteuning krijgt zinder dat er een beroep gedaan wordt op verpleegkundige zorgen aan huis, te weten (vb.; mantelzorg door familie, ...):

.....

Stempel ¹ en handtekening van de arts:	Datum: / / 20
---	---------------------------------

3.3. Voorbehouden voor de adviserend arts van de verzekeringsinstelling:

Forfait A Forfait B Forfait C

Score 3 of 4 op item 'incontinentie': ja neen

Ondergetekende,, adviserend arts, geeft een instemming voor het forfait voor het incontinentieforfait voor afhankelijke personen voor 1 jaar , te weten tot / / 20

Handtekening van de adviserend arts:	Datum: / / 20
--------------------------------------	---------------------------------

¹ Moet het RIZIV identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener vermelden