|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Medisch attest voor de aanvraag van een persoonsvolgend budget via de spoedprocedure voor personen met een vergevorderd stadium van een neuromusculaire, neurodegeneratieve of bindweefselaandoening** | |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?***  *Dit formulier is een deel van de aanvraagprocedure om in aanmerking te komen voor een persoonsvolgend budget via de spoedprocedure.*  ***Wie komt in aanmerking voor de spoedprocedure?***  *Een volwassen persoon jonger dan 65 jaar komt in aanmerking indien alle onderstaande voorwaarden vervuld zijn:*   * *de persoon beschikt al over een toewijzing van een persoonsvolgend budget of er is aan die persoon al een persoonsvolgend budget ter beschikking gesteld;* * *de persoon lijdt aan een vergevorderd stadium van een neuromusculaire, neurodegeneratieve of bindweefselaandoening;* * *door die aandoening wordt ingeschat dat de persoon op het moment van de aanvraag een beperkte levensverwachting heeft;* * *de persoon heeft een definitieve hoge zorgnood die voldoet aan de voorwaarden vermeld in dit attest.*   ***Wie moet dit formulier invullen?***  *Dit formulier wordt ingevuld door de behandelende arts. Evolutieverslagen van de behandelende specialist van de medische aandoeningen moeten aan dit attest toegevoegd worden.* | |
|  | **Identificatiegegevens van de patiënt** | |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens van de patiënt in.** *Het dossiernummer vindt u op alle briefwisselingen van het VAPH. Als u het dossiernummer niet weet, hoeft u het niet in te vullen.* | |
|  | officiële voornamen |  |
|  | achternaam |  |
|  | dossiernummer |  | |
|  | rijksregisternummer | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Informatie over de diagnose** | |
| **2** | **Aan welke neuromusculaire, neurodegeneratieve of bindweefselaandoening lijdt de persoon tussen de 18 en 65 jaar?** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **3** | *Om in aanmerking te komen moet de aandoening vermeld onder punt 2 een definitief hoge zorgnood veroorzaken. Hiervoor moeten minimum twee van onderstaande voorwaarden van toepassing zijn.* | |
| **4** | **Kruis aan welke van onderstaande voorwaarden definitief van toepassing zijn.** | |
|  |  | De patiënt vertoont ernstige slikmoeilijkheden waardoor de aanwezigheid van een bekwame helper noodzakelijk is om tijdens de maaltijden te zorgen voor houdings- en kaakpositionering  of waardoor sondevoeding of parenterale voeding noodzakelijk is. |
|  |  | De patiënt is volledig afhankelijk van derden om transfers en verplaatsingen uit te voeren. Transfer- en mobiliteitshulpmiddelen maken geen zelfstandige transfer of verplaatsing mogelijk. |
|  |  | De patiënt heeft een ernstige stoornis van de spraak waardoor de persoon geen hulp kan inroepen. |
|  |  | De persoon heeft een bijkomende complexe medische problematiek waarbij er continu gespecialiseerd toezicht nodig is (bekwame helper of professionele zorgverlener). Zonder dit toezicht kan de persoon in een levensbedreigende situatie terechtkomen.  **Beschrijf de complexe medische problematiek en motiveer de nood aan continu gespecialiseerd toezicht.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Bij te voegen documenten** | |
| **5** | *Voeg de medische evolutieverslagen van de behandelende specialisten toe die de aandoeningen en het huidig functioneren accuraat weergeven.* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ondertekening** | | |
| **6** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | |
|  | **Ik verklaar als behandelend arts dat deze informatie naar waarheid werd ingevuld.** | | |
|  | datum | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | |
|  | handtekening |  | |
|  | voor- en achternaam |  | |
|  | Druk in het vak hiernaast uw stempel af. | |  | | --- | |  | | |
|  | **Hoe dient u dit formulier in?** | | |
| **7** | *Bezorg dit formulier samen met de medische verslagen en het aanvraagformulier per post aan het kantoor van het VAPH in de provincie van uw woonplaats.* | | |
|  | **Waar kunt u terecht met vragen?** | | |
| **8** | *Contacteer het kantoor van het VAPH in de provincie van uw woonplaats als u vragen hebt.* | | |
|  | ***VAPH – Provinciaal kantoor Antwerpen***  *Anna Bijnsgebouw*  *Lange Kievitstraat 111-113 bus 48, 2018 Antwerpen*  *T 02 249 30 00*  *antwerpen@vaph.be* | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Hasselt***  *Hendrik van Veldekegebouw*  *Koningin Astridlaan 50 bus 2, 3500 Hasselt*  *T 02 249 30 00*  *hasselt@vaph.be* |
|  | ***VAPH – Provinciaal kantoor Gent***  *Virginie Lovelinggebouw*  *Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 51, 9000 Gent*  *T 02 249 30 00*  *gent@vaph.be* | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Leuven***  *Dirk Boutsgebouw*  *Diestsepoort 6 bus 57, 3000 Leuven*  *T 02 249 30 00*  *leuven@vaph.be* |
|  | ***VAPH – Provinciaal kantoor Brugge***  *Jacob Van Maerlantgebouw*  *Koning Albert I-laan 1-2 bus 55, 8200 Brugge*  *T 02 249 30 00*  *brugge@vaph.be* | |  |