|  |  |
| --- | --- |
|  | **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* |  |