|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Aanvraag van een tegemoetkoming in de kosten van incontinentiemateriaal** | | | | | |
|  | | ***Waarvoor dient dit formulier?***  *Met dit formulier vraagt u een tegemoetkoming in de kosten van absorberend en afschermend incontinentiemateriaal aan.*  ***Opgelet!***  *Als u als persoon met een handicap sinds 1 januari 2002 geen aanvraag voor hulpmiddelen of aanpassingen (individuele materiële bijstand) bij het VAPH hebt ingediend, moet u eerst contact opnemen met een erkend multidisciplinair team. U vindt de adressen van de multidisciplinaire teams op www.vaph.be/organisaties.*  *Voor u deze aanvraag indient bij het VAPH, kunt u het best op voorhand navragen bij uw ziekenfonds of u bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) in aanmerking komt voor een van de volgende forfaits:*   * *het forfait voor incontinentiemateriaal voor zwaar zorgbehoevenden* * *het forfait voor personen met onbehandelbare incontinentie*   ***Voor wie is deze aanvraag bestemd?***  *De volgende personen kunnen een tegemoetkoming in de kosten van incontinentiemateriaal ontvangen:*   * *personen met een handicap vanaf de leeftijd van vijf jaar* * *uitzonderlijk kinderen vanaf drie jaar met een fecale incontinentie bij een ontwikkelingsleeftijd van maximaal negen maanden of wegens onvoldoende controle over de ontlasting door fysieke, niet te verhelpen oorzaken.*   ***Wie vult dit formulier in?***   * *De rubriek met identificatiegegevens (vraag 1 tot en met 7) en de ondertekeningsrubriek vanaf vraag 29 vult u zelf in of laat u door uw wettelijk vertegenwoordiger invullen.* * *De rubriek met medische gegevens (vraag 8 tot en met 27) wordt ingevuld door de behandelende arts. Als de etiologie en de therapeutische behandeling niet duidelijk in het attest worden weergegeven, moet een specialistisch verslag toegevoegd worden. De arts van het provinciaal kantoor van het VAPH kan aanvullende informatie opvragen als hij dat noodzakelijk acht.* | | | | | |
|  | | **In te vullen door de persoon die ondersteuning vraagt** | | | | | |
| **1** | | **Vul hieronder uw persoonlijke gegevens in.**   * *Uw dossiernummer vindt u op alle brieven van het VAPH. Als u nog geen dossiernummer hebt bij het VAPH of als u uw dossiernummer niet meer weet, hoeft u het niet in te vullen.* * *Uw rijksregisternummer staat op de achterkant van uw identiteitskaart: het bestaat uit elf cijfers en begint met uw geboortedatum (jjmmdd).* | | | | | |
|  | | officiële voornamen | | | | |  |
|  | | achternaam | | | | |  |
|  | | straat en huisnummer | | | | |  |
|  | | postcode en gemeente | | | | |  |
|  | | dossiernummer | | | | |  |
|  | | rijksregisternummer | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **2** | | **Hebt u een wettelijk vertegenwoordiger?** | | | | | |
|  |  | | | ja. *Ga naar vraag 3.* | | | |
|  |  | | | nee. *Ga naar vraag 4.* | | | |
| **3** | | **Vul hieronder de gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger in.** | | | | | |
|  | | officiële voornamen | | | | |  |
|  | | achternaam | | | | |  |
|  | | rijksregisternummer | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **4** | | Vul hieronder het rekeningnummer in waarop tegemoetkomingen van het VAPH gestort kunnen worden.  *U vindt het IBAN-nummer op uw rekeninguittreksels. U kunt het ook opvragen bij uw bank.* | | | | | |
|  | | IBAN | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | naam van de rekeninghouder | | | | |  |
| **5** | | **Duid hieronder aan of u dit formulier indient voor een eerste aanvraag, voor de verlenging van een bestaande goedkeuring of voor een wijziging in de incontinentieproblematiek.** | | | | | |
|  |  | | | eerste aanvraag | | | |
|  |  | | | verlenging van een bestaande goedkeuring | | | |
|  |  | | | wijziging in de incontinentieproblematiek | | | |
| **6** | | **Ontvangt u al een incontinentieforfait van het RIZIV?**  *U kunt dit navragen bij uw ziekenfonds.* | | | | | |
|  |  | | | Ja | | | |
|  |  | | | Nee, maar ik zal de aanvraag bij mijn ziekenfonds indienen. | | | |
|  |  | | | Nee, ik wil geen aanvraag indienen. **Waarom niet?** | | | |
|  | |  | |  | | | |
|  |  | | | De aanvraag is lopend. | | | |
| **7** | | **Welke tegemoetkoming ontvangt u van het RIZIV?**  *U kunt dit navragen bij uw ziekenfonds.* | | | | | |
|  |  | | | incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevenden | | | |
|  |  | | | incontinentieforfait voor personen met onbehandelbare incontinentie | | | |
|  | | | **In te vullen door de arts** | | | | |
| **8** | | | *De onderstaande gegevens zijn nodig om te bepalen of er wel degelijk sprake is van een onbehandelbare stoornis en om de behoeften en de impact op het dagelijkse leven vast te stellen.* ***Het is uiterst belangrijk dat u alle gegevens invult.*** | | | | |
|  | | | **Algemene gegevens van de patiënt** | | | | |
| **9** | | | **Vanaf wanneer is de incontinentie vastgesteld?** | | | | |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | |
| **10** | | | **Wanneer komen de incontinentieproblemen voor?** | | | | |
|  | | |  | alleen 's nachts | | | |
|  | | |  | alleen overdag | | | |
|  | | |  | overdag en 's nachts | | | |
| **11** | | | Hoe vaak komen de incontinentieproblemen voor? | | | | |
|  | | |  | occasioneel | | | |
|  | | |  | dagelijks | | | |
|  | | |  | alleen bij een urinaire infectie | | | |
|  | | |  | alleen bij een diarreeopstoot | | | |
| **12** | | | **Wat is de hoeveelheid?** | | | | |
|  | | |  | druppels | | | |
|  | | |  | kleine hoeveelheid | | | |
|  | | |  | overvloedig | | | |
| **13** | | | **Is de persoon bedlegerig?**  *De persoon is bedlegerig als hij om gezondheidsredenen meer dan zestien uur per dag een liggende houding in bed aanneemt.* | | | | |
|  | | |  | ja | | | |
|  | | |  | nee | | | |
| **14** | | | **Is de persoon partieel zindelijk?**  *De persoon is partieel zindelijk als hij zelfstandig, mits hulp of op initiatief van derden gebruik kan maken van een toilet of toiletstoel.* | | | | |
|  | | |  | ja, alleen voor urine | | | |
|  | | |  | ja, alleen voor stoelgang | | | |
|  | | |  | ja, voor urine en stoelgang | | | |
|  | | |  | nee | | | |
| **15** | | | **Welk materiaal gebruikt de persoon momenteel?** | | | | |
|  | | |  | absorberend en afschermend incontinentiemateriaal. **Hoeveel stuks incontinentiemateriaal gebruikt de persoon gemiddeld?** | | | |
|  | | |  |  | | overdag | |
|  | | |  |  | | 's nachts | |
|  | | |  | sonde voor zelfsondering. **Hoeveel sondes gebruikt de persoon gemiddeld?** | | | |
|  | | |  |  | | sondes overdag | |
|  | | |  |  | | sondes 's nachts | |
|  | | |  | verblijfsonde. **Welk type verblijfsonde wordt gebruikt?** | | | |
|  | | |  |  | transurethraal | | |
|  | | |  |  | suprapubisch | | |
|  | | |  | uritip/condoomkatheter | | | |
|  | | |  | urostomie/colostomie | | | |
|  | | | **Etiologie** | | | | |
| **16** | | | *De onderstaande gegevens schetsen een duidelijk beeld van de aard en de oorzaak van de incontinentie.* | | | | |
| **17** | | | **Specificeer de eventueel aanwezige urinaire problematiek.** | | | | |
|  | | |  | geen urinaire incontinentie | | | |
|  | | |  | stress- of inspanningsincontinentie | | | |
|  | | |  | urge- of aandrangincontinentie | | | |
|  | | |  | gemengde incontinentie (combinatie van urge- en stressincontinentie) | | | |
|  | | |  | reflex- of neurogene incontinentie | | | |
|  | | |  | gebrek aan corticale controle over mictie | | | |
|  | | |  | bedwateren (enuresis). **Hoeveel nachten per week?** | | | |
|  | | |  |  | | nachten per week | |
| **18** | | | **Specificeer de eventueel aanwezige fecale problematiek.** | | | | |
|  | | |  | geen fecale incontinentie | | | |
|  | | |  | anale afscheiding (lekkage of soiling) | | | |
|  | | |  | chronische onbehandelbare buikloop (diarree) | | | |
|  | | |  | overloop van stoelgang | | | |
|  | | |  | gebrek aan corticale controle over defecatie | | | |
| **19** | | | **Waardoor wordt de incontinentie veroorzaakt?** | | | | |
|  | | |  | De incontinentie is het gevolg van een enkelvoudige urologische problematiek. | | | |
|  | | |  | De incontinentie maakt deel uit van een systeemaandoening of syndroom.  **Van welke aandoening of van welk syndroom maakt de incontinentie deel uit?** | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | | **Gevolgde behandelingen** | | | | |
| **20** | | | *De onderstaande gegevens moeten een beeld geven van het definitieve karakter van de incontinentie. Veel personen met incontinentieproblemen kunnen efficiënt geholpen worden. Het is in het belang van de persoon die mogelijkheden eerst te overwegen.* | | | | |
| **21** | | | Heeft de persoon al een behandeling gevolgd? | | | | |
|  | | |  | ja. *Ga naar vraag 23.* | | | |
|  | | |  | nee | | | |
| **22** | | | Waarom heeft de persoon nog geen behandeling gevolgd? | | | | |
|  | | |  | De behandeling wordt binnenkort gestart. | | | |
|  | | |  | Een behandeling is niet haalbaar voor de persoon. **Specificeer waarom.** | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  | andere redenen, namelijk: | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
| **23** | | | Welke behandeling heeft de persoon gevolgd? | | | | |
|  | | |  | bekkenbodemtraining | | | |
|  | | |  | zindelijkheidstraining | | | |
|  | | |  | medicatie. **Welke medicatie heeft de persoon genomen?** | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  | heelkundige ingreep. **Welke heelkundige ingreep heeft de persoon ondergaan?** | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
|  | | |  |  | | | |
| **24** | | | **Wat is het resultaat van de gevolgde behandeling?** | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
| **25** | | | **Welke andere behandelingsmethodes zijn nog mogelijk?** | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | | **Prognose** | | | | |
| **26** | | | **Wat is de prognose voor de komende drie jaar?** | | | | |
|  | | |  | De incontinentie heeft een blijvend karakter. | | | |
|  | | |  | De incontinentie kan verminderen. | | | |
|  | | |  | De incontinentie kan genezen door medicatie, medische ingreep, rijping enzovoort. | | | |
|  | | | **Ondertekening** | | | | |
| **27** | | | Dit formulier moet ondertekend worden door :   * *de arts* * *de persoon die ondersteuning nodig heeft* * *de wettelijk vertegenwoordiger van de persoon die ondersteuning nodig heeft, als die persoon minderjarig, verlengd minderjarig of onbekwaam verklaard is* * *de (voorlopig) bewindvoerder die werd aangesteld in het kader van de wet van 17 maart 2013 als de persoon die ondersteuning nodig heeft volledig onbekwaam is verklaard, zowel wat betreft de persoon als wat betreft de goederen, en als de (voorlopig) bewindvoerder vertegenwoordigingsbevoegdheid heeft gekregen* * *de persoon die ondersteuning nodig heeft én de (voorlopig) bewindvoerder die werd aangesteld in het kader van de wet van 17 maart 2013, in de gevallen waarin een (voorlopig) bewindvoerder werd aangesteld, anders dan in vorig punt beschreven* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ondertekening door de arts** | | | | | | |
| **28** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | |
|  | **Ik verklaar dat ik alle gegevens in dit formulier naar waarheid heb ingevuld.** | | | | | | |
|  | datum | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | |
|  | handtekening | |  | | | | |
|  | voor- en achternaam | |  | | | | |
|  | functie | |  | huisarts | | | |
|  |  | |  | geneesheer-specialist. **Specificeer de discipline.** | | | |
|  |  | |  |  | | | |
|  | *Druk in het vak hiernaast*  *uw stempel af.* | | |  | | --- | |  | | | | | |
|  | **Ondertekening door de persoon die ondersteuning vraagt** | | | | | | |
| **29** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | |
|  | **Hierbij bevestig ik mijn aanvraag van een tegemoetkoming in de kosten van incontinentiemateriaal.** | | | | | | |
|  | datum | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | |
|  | handtekening | |  | | | | |
|  | voor- en achternaam | |  | | | | |
|  |  | Ik geef de toestemming aan mijn multidisciplinair team om dit formulier aan het VAPH te bezorgen. | | | | | |
|  | **Ondertekening door de wettelijk vertegenwoordiger of de (voorlopig) bewindvoerder** | | | | | | |
| **30** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | |
|  | **Hierbij bevestig ik de aanvraag van een tegemoetkoming in de kosten van incontinentiemateriaal.** | | | | | | |
|  | datum | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | |
|  | handtekening | | | |  | | |
|  | voor- en achternaam | | | |  | | |
|  | hoedanigheid | | | |  | wettelijk vertegenwoordiger | |
|  |  | | | |  | voorlopig bewindvoerder | |
|  |  | | | |  | bewindvoerder | |
|  |  | Ik geef de toestemming aan mijn multidisciplinair team om dit formulier aan het VAPH te bezorgen. | | | | | |
|  | **Hoe dient u dit formulier in?** | | | | | | |
| **31** | *Bezorg het formulier per post aan het kantoor van het VAPH in de provincie van uw woonplaats.* | | | | | | |
|  | **Waar kunt u terecht met vragen?** | | | | | | |
| **32** | *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* | | | | | |  |
|  | **Privacyverklaring** | | | | | | |
| **33** | *De gegevens die u aan het VAPH bezorgt, worden door het VAPH opgeslagen en bijgehouden. Ze worden alleen gebruikt om uw vragen naar ondersteuning te behandelen, overeenkomstig het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. U kunt uw gegevens op elk moment inkijken en zo nodig de verbetering ervan aanvragen.*  *Het VAPH kan voor de behandeling van uw vraag ook informatie opvragen bij andere overheden of sociaalrechtelijke organisaties en instellingen.*  *Het VAPH deelt geen informatie met derden tenzij die derden over aanspraken beschikken of u uw toestemming daarvoor verleent.* | | | | | | |