

## Medisch attest voor ondersteuning via de procedure voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel of tetraplegie

### Waarvoor dient dit formulier?

Met dit formulier verklaart u dat een volwassen persoon in aanmerking komt om ondersteuning aan te vragen via de procedure voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of tetraplegie ten gevolge van een hoge dwarslaesie met de hoogste zorg- en ondersteuningsbehoefte.

### Wie komt in aanmerking voor de procedure?

Een volwassen persoon met een niet-aangeboren hersenletsel of tetraplegie ten gevolge van een hoge dwarslaesie (C4 of hoger) komt in aanmerking voor deze procedure. Een niet-aangeboren hersenletsel wordt gedefinieerd als een beschadiging van het hersenweefsel die acuut en plots ontstaan is en die karakteristieke gedrags- of cognitieve stoornissen tot gevolg heeft. Daardoor is de persoon blijvend aangewezen op intensieve hulpverlening.

### Wie moet dit formulier invullen?

Dit formulier wordt ingevuld door de revalidatiearts die verbonden is aan het revalidatieziekenhuis of de afdeling voor neurologische of locomotorische revalidatie van een ziekenhuis. De aanvraag kan op zijn vroegst drie maanden na het optreden van het letsel opgestart worden. Alle vragen moeten volledig beantwoord worden. De arts van het provinciale kantoor van het VAPH kan aanvullende informatie opvragen als hij dat noodzakelijk vindt.

## Identificatiegegevens van de persoon die ondersteuning nodig heeft

### 1 Vul de gegevens in van de persoon die ondersteuning nodig heeft.

Het dossiernummer vindt u op alle brieven van het VAPH. Als u het dossiernummer niet weet, hoeft u het niet in te vullen.

officiële voornamen .....

achternaam .....

straat en huisnummer .....

postcode en gemeente .....

geboortedatum dag   maand   jaar

rijksregisternummer

dossiernummer .....

## Informatie over de diagnose

### 2 Wat is de oorzakelijke diagnose van het niet-aangeboren hersenletsel of de tetraplegie?

---

---

---

---

---

---

---

### 3 Op welke datum is de diagnose gesteld?

*Als u geen specifieke datum kunt opgeven, vult u alleen de maand en het jaar in.*

dag  maand  jaar

### 4 In welke residentiële inrichting voor neurologische of locomotorische revalidatie verblijft de patiënt?

naam

adres

erkenningsnummer MDT

datum opname dag  maand  jaar

## Criteria niet-aangeboren hersenletsel of tetraplegie

### 4 Licht toe waarom de situatie van de patiënt voldoet aan de volgende criteria.

- A. Het niet-aangeboren hersenletsel of de tetraplegie is niet meer voor verbetering vatbaar. Er wordt verwacht dat de persoon vanwege zijn medische toestand definitief niet meer naar huis kan terugkeren.**

---

---

---

---

---

---

---

- B. Er is een onomkeerbare breuk in de levenslijn van de persoon vóór de leeftijd van 65 jaar die acuut en plots ontstaan is. Die breuk dateert van maximaal 30 maanden voor de aanvraag. Vermeld de datum van de plotse breuk in de levenslijn als die verschilt van de diagnosedatum.**

---

---

---

---

.....  
.....  
.....  
**C. Er is behoefte aan de beschikbaarheid van een gespecialiseerd kader en de permanente aanwezigheid van een professionele zorgverlener.**

*Onder een gespecialiseerd kader wordt een arts, verpleger, logopedist, kinesist, ergotherapeut, psychiater, psycholoog of pedagoog verstaan.*

.....  
.....  
.....  
.....

**D. Ten gevolge van het letsel heeft de persoon ernstige gezondheidsproblemen in combinatie met cognitieve of gedragsproblemen.**

*Bij tetraplegie hoeft er maar aan een van beide voorwaarden voldaan te zijn.*

.....  
.....  
.....  
.....

**Ondertekening door de revalidatiearts**

**5 Vul de onderstaande verklaring in.**

**Ik verklaar als revalidatiearts, verbonden aan een revalidatieziekenhuis of een afdeling voor neurologische of locomotorische revalidatie van een ziekenhuis, dat de persoon, vermeld in vraag 1, voldoet aan de criteria om in aanmerking te komen voor de procedure voor niet-aangeboren hersenletsel of tetraplegie ten gevolge van een hoge dwarslaesie (C4 of hoger).**

datum dag   maand   jaar

handtekening \_\_\_\_\_

voor- en achternaam \_\_\_\_\_

*Druk in het vak hiernaast uw stempel af.*

## Aan wie bezorgt u dit formulier?

6 Bezorg dit formulier aan het kantoor van het VAPH in de provincie van uw woonplaats.

**VAPH – Provinciaal kantoor Antwerpen**

Potvlietlaan 5, 2600 Berchem

T 03 270 34 40

F 03 270 34 41

antwerpen@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Hasselt**

Hendrik van Veldekegebouw

Koningin Astridlaan 50 bus 2, 3500 Hasselt

T 011 27 43 54

F 02 225 84 05

hasselt@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Gent**

Virginie Lovelinggebouw

Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 51, 9000 Gent

T 09 269 23 11

F 09 269 23 39

gent@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Leuven**

Vlaams administratief centrum

Diestsepoort 6 bus 57, 3000 Leuven

T 016 31 12 11

F 016 31 12 29

leuven@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Brugge**

Jacob Van Maerlantgebouw

Koning Albert I-laan 1-2 bus 55, 8200 Brugge

T 050 40 67 11

F 050 39 36 80

brugge@vaph.be