|  |  |
| --- | --- |
| **AANVRAAGFORMULIER VOOR LOGOPEDISCHE VERSTREKKINGEN** | |
| AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE | IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER |
| Adres van de gerechtigde ………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… Hierna invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengen: Naam en voornaam van de gerechtigde: ………………………………………………………………………………………………. Verzekeringsinstelling: …………………………………………………………… Inschrijvingsnummer:…………………………………………………………….. | Naam en voornaam van de patiënt: …………………………………………………………………………………………………………… Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1) *(1) schrappen wat niet past* |
| VOORSCHRIFT VOOR LOGOPEDISCHE REVALIDATIE Ik, ondergetekende, bevoegd geneesheer-specialist, verklaar op basis van de aandoening: (diagnose) ………………………………………………………………………………………………………………………… en de logopedische testen, logopedische revalidatie voor te schrijven:  O eerste reeks O verlenging  O individuele revalidatie van 30'  O individuele revalidatie van 30' en 60'  O collectieve revalidatie  Aantal sessies:   Frequentie:  Duur:  O Ik verzoek tot het opmaken van een evolutiebilan bij het einde van de   toegestane behandelingsperiode. Datum voorschrift, identificatie en handtekening van de voorschrijver: |
| VOORSCHRIFT VOOR LOGOPEDISCH BILAN Ik, ondergetekende, geneesheer-specialist voor otorhilaryngologie, voor neurologie, voor neuro- psychiatrie, voor psychiatrie, voor neurochirurgie, voor inwendige geneeskunde, voor kindergenees-kunde, (1) verklaar een logopedisch bilan voor te schrijven, Anamnese: Diagnose: O eerste bilan O evolutiebilan Datum voorschrift, handtekening en identificatie van de voorschrijver  *(1) Doorhalen indien niet van toepassing* |
| VERSLAG OVER DE TESTEN  Ik, ondergetekende, verklaar de testen te hebben uitgevoerd op datum van ……………………………………… Controlelijst in te vullen door de logopedist *Vergoedbare stoornissen* a) Taal-, spraak- of stemstoornissen, die een handicap zijn bij het voortzetten  O 1° van een beroep waardoor hij ofwel aan de sociale zekerheid van de   werknemer ofwel aan het sociaal statuut van de zelfstandigen onderworpen   wordt.  O 2° van een omscholing die door het College van Geneesheren-Directeurs is   toegestaan.  O 3° van een leercontract waarvan de afsluiting is geregistreerd en de uitvoering   wordt gecontroleerd door een erkend leersecretariaat. b) Taal- en/of spraakstoornissen:  O 1° afasie  O 2° stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling   O taaltest met resultaat < 3° percentile bijgevoegd  O individuele intelligentietest met IQ > 86 bijgevoegd  O audiogram met gemiddeld gehoorverlies aan beste < 40 dB HL bijgevoegd  O 3° dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie  O test rekenen bijgevoegd  O test schrijven bijgevoegd  O test lezen bijgevoegd  O tussen 7 en 9 jaar: achterstand > 1 jaar  O tussen 10 en 14 jaar: achterstand > 2 jaar  O 4° stoornissen tengevolge van gespleten lippen, gespleten verhemelte of gespleten   tandkassen  O 5° verworven spraakstoornissen tengevolge van een radiotherapeutische of   chirurgische behandeling van hoofd of hals  O 6° verworven spraakstoornissen  O traumatische of proliferatieve dysglossieën  O dysarthrieën  O chronische spraakstoornissen tengevolge neuromusculaire aandoeningen  O stotteren  O veelvuldige stoornissen in het raam van een interceptieve orthodontische   behandeling c) Verworven stemstoornissen:  O 1° sequellen van laryngectomie  O 2° paralyse or organisch letsel van de larynx en/of de stembanden d) Gehoorstoornissen e) Dysfagie f) Dysfasie na de vijfde verjaardag:  O taaltest met resultaat < 3° percentile bijgevoegd voorminstens één aspect   (expressief of receptief) in minstens 3 domeinen  O individuele intelligentietest met IQ > 86 bijgevoegd  O audiogram met gemiddeld gehoorverlies aan beste oor < 40 dB HL bijgevoegd |
| TOESTEMMING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER Ik, ondergetekende, verklaar in te stemmen - niet in te stemmen met het terugbetalen van het logopedisch bilan. Ik, ondergetekende, verklaar in te stemmen - niet in te stemmen met de logopedische revalidatie - vanaf –  Datum en handtekening |
| *Op datum van voorschrift volgt de patiënt geen onderwijs type 8, wordt de patiënt niet behandeld en/of gehuisvest in een door de gemeenschappen/gewesten erkende gesubsidieerde instelling waar de functie "logopedist" is begrepen in de erkenningsnormen,*  *is de patiënt niet ter verpleging opgenomen in een dienst die erkend is onder één van de kenletters G, T, A, Sp of K, verblijft de patiënt niet in een PVT, ROB of RVT, wordt de patiënt niet gerevalideerd in een inrichtingdie met het RIZIV een overeenkomst heeft gesloten*  *die met name de behandeling door een logopedist dekt. Deze uitsluiting geldt niet voor patiënten met stoornissen omschreven in §2, b), 6°, 6.3; §2, d) en e).* |