

## MEDISCH VERSLAG

Bij te voegen bij het aanvraagformulier voor een tegemoetkoming  
in de kosten van revalidatieverstrekingen

DIT RAPPORT MOET AANTONEN DAT DE RECHTHEBBENDE  
BEANTWOORDT AAN DE VOORWAARDEN VAN DE CONVENTIE

### Identificatie van de geheugenkliniek

Identificatienummer:

Naam:

Straat, nr.:

Postcode, plaats:

## I. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

### 1.1. Identificatie van de rechthebbende

Naam, voornaam:

Geboortedatum:

Aansluitingsnummer bij de verzekeringsinstelling:

### 1.2. Aard van de aanvraag<sup>1</sup>

Eerste aanvraag:

Begin- en einddatum van de gevraagde periode: van ...../...../..... tot  
...../...../.....

Eenmalige aanvraag tot verlenging van de eerder toegekende periode van 24 maanden tot 48 maanden<sup>2</sup>.

In het kader van deze eenmalige aanvraag tot verlenging zal de eerder toegekende periode van verzekeringstegemoetkoming verlengd worden tot 48 maanden die volgen op de begindatum van deze eerder toegekende periode.

- Aantal gerealiseerde zittingen tijdens de bilan- en revalidatiefase gedurende de eerder toegekende periode: .....
- Aantal gerealiseerde zittingen tijdens de onderhoudsfase gedurende de eerder toegekende periode: .....
- Datum van de eerste gerealiseerde prestatie door de inrichting voor de betreffende rechthebbende na de eerder toegekende periode<sup>3</sup>: ...../...../.....

1 Kruis aan wat van toepassing is.

2 Deze eenmalige aanvraag tot verlenging van 24 maanden tot 48 maanden kan enkel aanvaard worden indien de einddatum van de eerder toegekende periode zich situeert vóór 01-07-2022 en indien de begindatum van deze eerder toegekende periode zich niet situeert vóór 02-07-2018. Een dergelijke eenmalige aanvraag tot verlenging kan enkel aangevraagd (en aanvaard) worden indien het maximumaantal zittingen, waarvoor de rechthebbende in aanmerking komt volgens de overeenkomst, nog niet bereikt is.

3 Deze datum mag nooit vóór 01-07-2022 vallen

## II. MEDISCHE GEGEVENS

De ondertekenende arts verklaart dat bij de patiënt beginnende dementie is vastgesteld en dat deze patiënt aan de voorwaarden beantwoordt om bij hem thuis of in het huis van een naaste te kunnen leven, buiten elke zorginstelling of rustoord voor bejaarden, gedurende minstens 12 maanden vanaf de begindatum van het revalidatieprogramma.

Toe te voegen documenten als bijlage:

- Het voorgeschreven revalidatieprogramma door de arts-specialist (neuroloog, geriater of psychiater) die de diagnose heeft gesteld of door de huisarts van de rechthebbende. Dit voorschrift moet altijd de diagnose van beginnende dementie vermelden (etiologie inbegrepen) en de naam en het RIZIV-identificatienummer van de arts-specialist (neuroloog, geriater of psychiater) die de diagnose heeft gesteld en het behandelingsplan heeft uitgewerkt.
- De resultaten van alle tests en onderzoeken afgelegd en ondergaan door de rechthebbende met het oog op de formulering van de diagnose.
- Het globale behandelingsplan dat aantoont dat de rechthebbende de voorwaarden vervult om gedurende 12 maanden zijn leven bij hem thuis of in het huis van een naaste verder te zetten, buiten elke zorginstelling of rustoord voor bejaarden (zie hierboven).

Eventuele andere verduidelijkingen en/of opmerkingen:

De arts van de geheugenkliniek verklaart dat voor deze rechthebbende alle verplichtingen en voorwaarden, vastgelegd in de overeenkomst, vervuld zijn.	De arts van de geheugenkliniek (datum, naam, RIZIV nr., handtekening)
---	--