

AANVRAAGFORMULIER VOOR LOGOPEDISCHE VERSTREKKINGEN

AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE Adres van de gerechtigde Hierna invullen of kleeftbriefje V.l. aanbrengen: Naam en voornaam van de gerechtigde: Verzekeringsinstelling: Inschrijvingsnummer:
VOORSCHRIFT VOOR LOGOPEDISCH BILAN Ik, ondergetekende, geneesheer – specialist voor otorhinolaryngologie, voor neurologie, voor neuropsychiatrie, voor psychiatrie, voor neurochirurgie, voor inwendige geneeskunde, voor kindergeneeskunde, (1) verklaar een logopedisch bilan voor te schrijven, Anamnese: Diagnose: <input type="checkbox"/> eerste bilan <input type="checkbox"/> 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 <u>Controlelijst in te vullen door de logopedist</u> <u>Vergoedbare stoornissen</u> a) Taal-, spraak- of stemstoornissen, die een handicap zijn bij het voortzetten <input type="checkbox"/> 1° van een beroep waardoor hij ofwel aan de sociale zekerheid van de werknemer ofwel aan het sociaal statuut van de zelfstandigen onderworpen wordt. <input type="checkbox"/> 2° van een omscholing die door het College van Geneesheren-Directeurs is toegestaan. <input type="checkbox"/> 3° van een leercontract waarvan de afsluiting is geregistreerd en de uitvoering wordt gecontroleerd door een erkend leersecretariaat. b) Taal- en/of spraakstoornissen: <input type="checkbox"/> 1° afasie <input type="checkbox"/> 2° stoornissen in de receptieve en/of expressieve taalontwikkeling <input type="checkbox"/> taaltest met resultaat \leq 3e percentile bijgevoegd <input type="checkbox"/> individuele intelligentietest met $IQ \geq 86$ bijgevoegd <input type="checkbox"/> audiogram met gemiddeld gehoorverlies aan beste oor ≤ 40 dB HL bijgevoegd <input type="checkbox"/> 3° dyslexie en/of dysorthografie en/of dyscalculie <input type="checkbox"/> test rekenen bijgevoegd <input type="checkbox"/> test schrijven bijgevoegd <input type="checkbox"/> test lezen bijgevoegd <input type="checkbox"/> tussen 7 en 9 jaar: achterstand > 1 jaar <input type="checkbox"/> tussen 10 en 14 jaar: achterstand > 2 jaar <input type="checkbox"/> 4° stoornissen tengevolge van gespleten lippen, gespleten verhemelte of gespleten tandkassen. <input type="checkbox"/> 5° verworven spraakstoornissen tengevolge van een radiotherapeutische of chirurgische behandeling van hoofd of hals <input type="checkbox"/> 6° verworven spraakstoornissen <input type="checkbox"/> traumatische of proliferatieve dysglossieën <input type="checkbox"/> dysarthrieën <input type="checkbox"/> chronische spraakstoornissen tengevolge neuromusculaire aandoeningen <input type="checkbox"/> stotteren <input type="checkbox"/> veelvuldige stoornissen in het raam van een interceptieve orthodontische behandeling c) Verworven stemstoornissen: <input type="checkbox"/> 1° sequellen van laryngectomie <input type="checkbox"/> 2° paralyse of organisch letsel van de larynx en/of de stembanden d) Gehoorstoornissen. e) Dysfagie. f) Dysfasie na de vijfde verjaardag: <input type="checkbox"/> taaltest met resultaat \leq 3e percentile bijgevoegd voor minstens één aspect (expressief of receptief) in minstens 3 domeinen <input type="checkbox"/> individuele intelligentietest met $IQ \geq 86$ bijgevoegd <input type="checkbox"/> audiogram met gemiddeld gehoorverlies aan beste oor ≤ 40 dB HL bijgevoegd

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER 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 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> eerste reeks <input type="checkbox"/> verlenging </div> <input type="checkbox"/> individuele revalidatie van 30' <input type="checkbox"/> individuele revalidatie van 30'en 60' <input type="checkbox"/> collectieve revalidatie Aantal sessies: Frequentie : Duur : <input type="checkbox"/> Ik verzoek tot het opmaken van een evolutiebilan bij het einde van de toegestane behandelingsperiode. Datum voorschrift, identificatie en handtekening van de voorschrijver
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
<p><i>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 inrichting die 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).</i></p>