

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR GEBRUIK VAN EEN MOBICART



Gelieve volledig ingevuld te retourneren aan:

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

1. IDENTIFICATIE VAN DE AANVRAGER *(In te vullen door de aanvrager)*

Naam en voornaam van de aanvrager:

Geboortedatum:

Adres (domicilie):

2. VOORSCHRIFT *(In te vullen door de voorschrijvende geneesheer)*

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat.....
(naam en voornaam van de aanvrager) ten gevolge van functionele en/of anatomische stoornissen, beperkingen in de mobiliteit vertoont. Hierdoor zijn er voor de aanvrager zodanig problemen dat hij/zij zonder buggy het golfspel niet kan beoefenen.

De aanvrager dient hiervoor

- tijdelijk een mobicart te gebruiken permanent een mobicart te gebruiken

De honorering van de aanvraag volgt de ICF typering (kruis aan, de graad van functionele beperking).

- 1 = LICHTE beperking of participatieprobleem (gering, laag, 5-24%)
 2 = MATIGE beperking of participatieprobleem (tamelijk, 25-49%)
 3 = ERNSTIGE beperking of participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk, 50-95%)

3. PROGNOSE met betrekking tot de mobiliteit, in geval van tijdelijk gebruik

.....
.....

Plaats:

Datum:

Handtekening van de voorschrijvende geneesheer:

(Stempel met RIZIV/ INAMI nummer van de voorschrijvende geneesheer)

IN TE VULLEN DOOR DE AANVRAGER

De aanvrager gaat akkoord met inzage in en verificatie van dit attest door de medisch adviseur van Mobicart.

Plaats:

Datum:

Deze aanvraag werd naar waarheid ingevuld.

Handtekening van de aanvrager:

IN TE VULLEN DOOR DE MEDISCH ADVISEUR VAN MOBICART

Getekend voor akkoord

Plaats:

Datum:

Handtekening dr. J. Nuijten:
