|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Afleveringsdocument voor een mobiliteitshulpmiddel | | | | | | | | | | | | | | | AD versie 3 – 01 januari 2023 | | |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Vlaamse sociale bescherming**  www.vlaamsesocialebescherming.be | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *Waarvoor dient dit document?*  Met de ondertekening van dit document bevestigt de gebruiker dat de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik B, het mobiliteitshulpmiddel en de aanpassingen, zoals vermeld in luik C, heeft afgeleverd.  *Wie ondertekent dit document?*  Het document wordt ondertekend door de gebruiker die het mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen heeft ontvangen of zijn vertegenwoordiger en de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die het mobiliteitshulpmiddel heeft afgeleverd.  *Aan wie bezorgt u dit document?*  De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen dient het afleveringsdocument digitaal in bij de zorgkas van de gebruiker. Het papieren document dient bewaard te blijven bij de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen. Een kopie van het document wordt aan de gebruiker bezorgd. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Luik A: identificatie van de gebruiker** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens in van de gebruiker waarvoor het afleveringsdocument wordt opgemaakt** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer | |  | | |  |  |  |  | |  | | | | | | | |
|  | geboortedatum | | dag |  | | | maand | |  | | jaar |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Luik B: identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Vul hieronder de gegevens in van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | erkenningsnummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam van de onderneming | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | KBO nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **adres van de onderneming** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Luik C: mobiliteitshulpmiddelen en/of aanpassingen die worden afgeleverd | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | **MOBILITEITSHULPMIDDEL OF AANPASSINGEN OPGENOMEN IN DE PRODUCTLIJST VSB** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Fabrikant | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Merk | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Type | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Serienummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | Prestatiecode | | | | | Productcode | | | Publieksprijs | | TegemoetkomingVSB | | Supplement |
|  | | Mobiliteitshulpmiddel | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Aanpassing onderste ledematen | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Aanpassing bovenste ledematen | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Aanpassing zithouding | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Aanpassing veiligheid | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Aanpassing besturing/aandrijving | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Bijzondere aanpassingen | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Zitkussen ter preventie van doorzitwonden | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Modulaire ziteenheid | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Modulair rugsysteem | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Elektronische hoepelondersteuning voor de manuele rolstoel | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Onderhoud en herstelling | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | BTC prestaties Totalen | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | Forfaitaire tegemoetkoming | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | | **MOBILITEITSHULPMIDDEL OF AANPASSINGEN OF MAATWERK NIET OPGENOMEN IN DE PRODUCTLIJST VSB** | | | | |
|  | | Fabrikant | |  | | |
|  | | Merk | |  | | |
|  | | Type | |  | | |
|  | | | | | | |
|  | | Aanpassingen of maatwerk | | Factuurbedrag | |
|  | | Mobiliteitshulpmiddel | |  | |
|  | | Aanpassing onderste ledematen | |  | |
|  | | Aanpassing bovenste ledematen | |  | |
|  | | Aanpassing zithouding | |  | |
|  | | Aanpassing veiligheid | |  | |
|  | | Aanpassing besturing/aandrijving | |  | |
|  | | Bijzondere aanpassingen | |  | |
|  | | Andere individuele aanpassingen of maatwerk | |  | |
|  | | Andere | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Luik D: ondertekening | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **5** | Orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Ik bevestig dat ik het mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen, zoals vermeld in luik C, en waarvoor ik een aanvraag heb ingediend bij de zorgkas van de gebruiker, afgeleverd heb aan de gebruiker.**  **Het voorgestelde hulpmiddel voldoet aan de in de bijlage I genoemde essentiële eisen van het KB van 18/03/1999 betreffende de medische hulpmiddelen.** | | | | | | | |
|  | datum van aflevering | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **6** | De gebruiker of zijn vertegenwoordiger | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Ik bevestig dat ik het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen, vermeld in luik C, heb ontvangen.**  **Ik ga akkoord dat het afleveringsdocument wordt doorgestuurd naar mijn zorgkas in het kader van een aanvraag voor een tegemoetkoming voor het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel.** | | | | | | | |
|  | **Ik ga akkoord met de supplementen te mijnen laste voor een totaalbedrag van**       **Euro**. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | **Gegevens van de vertegenwoordiger die tekent in naam van de gebruiker.** | | | | | | | |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | |
|  | relatie met gebruiker |  | | | | | | |