



**AANVRAAGFORMULIER COMPLEX LOOPHULPMIDDEL - PARKINSON ROLLATOR AF-AS**

Dhr/Mw: .....

Adres: ..... Geboortedatum: .....

Postcode: ..... BSN nummer: .....

Woonplaats: ..... Zorgverzekeraar: .....

Telefoonnr: ..... Polisnummer: .....

**Diagnose:**  Ziekte van Parkinson  Parkinsonisme (bijv. MSA, PSP, Vasculair Parkinsonisme)

Relevante nevenpathologie: .....

**Benoem de aard van balans- of balansprobleem:** (bijv. propulsie, freezing, festinatie of gebogen houding)

.....

**Gegevens gebruiker(ster)** Lengte: ..... Gewicht: .....

**Keuzehulp voor type rollator:**

**Standaard:** Lengte 155 - 178 cm.

**Hoog:** Lengte 165 - 203 cm.

**Vereiste produktenmerken rollator:**

*type rollator*  standaard  hoog  
*belastbaarheid*  standaard  hoog  
*uitvoering*  standaard  hoog

*handvat*  anatomisch naar de hand gevormd  
*remopties*  standaard  vertragingsrem  
*cueing*  laserlicht (visueel)  metronoom (auditief)



**Vereiste aanpassingen:**

zitting  tas  duwbeugel  
 dienblad  drempelhulp  éénhandbediening  links  rechts

overig: .....

**Motivatie voor keuze speciale rollator:** (geef tevens aan welke voorliggende hulpmiddelen reeds zijn uitgetoetst en waarom deze niet (meer) doelmatig en adequaat zijn)

.....

**Naam verwijzer:** ..... Handtekening verwijzer: .....

**Functie verwijzer:** .....

**Let op:** Indien ingevuld door paramedicus dan ook naam en handtekening van specialist toevoegen.

**Naam specialist:** ..... datum: ..... Handtekening specialist: .....

Om uw aanvraag te kunnen verwerken zijn wij genoodzaakt de voor dit hulpmiddel relevante (para)medische gegevens te verstrekken aan de (para)medische dienst van de hulpmiddelenleverancier en/of zorgverzekeraar. Vanuit de Wet bescherming persoonsgegevens hebben wij hiervoor uw toestemming nodig. Mocht u dit niet ondertekenen, dan wijzen wij u er op dat u zelf verantwoordelijk bent voor het verstrekken van deze gegevens aan de (para)medische dienst van uw van de hulpmiddelenleverancier en/of zorgverzekeraar teneinde uw aanvraag in behandeling te kunnen nemen.

Met ondertekening van dit document verklaar ik: ..... Handtekening verzekerde: .....

akkoord te zijn met het verstrekken van de voor deze aanvraag relevante (para)medische gegevens aan de (para)medische dienst van de hulpmiddelenleverancier en/of zorgverzekeraar.

geen aanvraag te hebben gedaan voor dit type hulpmiddel bij een andere leverancier.