



AANVRAAGFORMULIER COMPLEX LOOPHULPMIDDEL - FELLOWROLL 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 uitgetprobeerd 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:

- 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.

Handtekening verzekerde

.....