

FORMULIER VOOR MEDISCHE INFORMATIE¹ VERHOOGDE KINDERBIJSLAG

Gelieve dit formulier ingevuld terug te sturen naar:

☐ **Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap**
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Dit formulier dient ingevuld te worden door de behandelende geneesheer/specialist van het kind.

Gelieve ons ook alle aanvullende verslagen van specialisten te bezorgen waarover u of uw arts beschikt.
Gelieve ons het ingevulde formulier en de bijlagen te bezorgen op het onderstaand adres.

De met een asterisk gemarkeerde gegevens die via dit formulier worden verzameld, moeten worden verstrekt. Anders beschikken wij niet over voldoende informatie om uw verzoek naar behoren te verwerken of te beantwoorden.

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

1. GEGEVENS VAN DE PATIËNT*

Naam _____
Voornaam _____
Geboortedatum ____ / ____ / ____
Rijksregisternummer ____ . ____ . ____ - ____ - ____
Straat _____ bus ____
Gemeente _____

2. GEGEVENS VAN DE ARTS DIE DIT DOCUMENT HEEFT INGEVULD*

Naam _____
Voornaam _____
Telefoon/gsm _____
RIZIV-nr. _____
E-mail _____

¹ Iriscare - Centrum voor Evaluatie van de Autonomie en de Handicap verwerkt uw persoonsgegevens in overeenstemming met de geldende regelgeving die van toepassing is op de verwerking van persoonsgegevens en in het bijzonder Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 (hierna: "de Algemene Verordening Gegevensbescherming" of "AVG") en de Wet van 30 juli 2018 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.
De op dit formulier verzamelde en van een asterisk voorziene gegevens zijn verplicht en noodzakelijk voor de goede afhandeling van uw verzoek en voor zover het nodig is om contact met u of uw arts op te nemen. Het zal voor geen enkel ander doel worden gebruikt.
Voor meer informatie over hoe wij uw gegevens beheren en uw rechten, kunt u ons privacybeleid raadplegen op [Bescherming persoonsgegevens - mylriscare](#)

MEDISCHE INFORMATIE

De gevraagde informatie heeft betrekking op de aandoening van het kind.

Gelieve bij dit formulier de informatie te voegen waarover u beschikt, afhankelijk van de situatie van het kind: kopieën van verslagen van arts-specialisten, evaluaties van therapeuten (logopedisten, kinesitherapeuten, psychologen, ...), verslagen van ziekenhuisopnames en resultaten van medische onderzoeken (labo, röntgenfoto's, MRI's, audiometrie, gezichtsscherpte/ gezichtsveld, ...).

3. PRIORITAIRE BEHANDELING VAN HET DOSSIER IN DE VOLGENDE GEVALLEN

- ☐ Kanker in een gevorderd stadium
- ☐ Palliatieve zorg
- ☐ Een snel vorderende degeneratieve aandoening

4. HUIDIGE AANDOENINGEN*

Begindatum	Diagnose	Belangrijk
___/___/___		☐
___/___/___		☐
___/___/___		☐
___/___/___		☐
___/___/___		☐

Opmerkingen over de huidige aandoeningen:

AFM_Form_InfoMed_NL

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscares.brussels

5. CHIRURGISCHE INGREPEN

Datum	Diagnose	Interventies
___/___/____		
___/___/____		
___/___/____		
___/___/____		

Opmerkingen over de chirurgische ingrepen:

.....

.....

.....

.....

6. VOORGESCHIEDENIS

Datum	Diagnose	Behandelingen	Behandelingsperiode	Belangrijk
___/___/____				☐
___/___/____				☐
___/___/____				☐
___/___/____				☐

Opmerkingen over de voorgeschiedenis:

.....

.....

.....

.....

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

7. BEHANDELING

7.1. HUIDIGE MEDICATIE

Begindatum	Medicatie	Dosis
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		

7.2. ZIEKENHUISVERBLIJF

Periode		Reden
Van	Tot	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

7.3. HUIDIGE THERAPIE

Type	Begindatum	Frequentie (per week of per maand)	Locatie
Logopedie	___ / ___ / _____		
Kinesithérapie	___ / ___ / _____		
Ergotherapie	___ / ___ / _____		
Psychotherapie	___ / ___ / _____		
Vroeghulp	___ / ___ / _____		
Andere: -----	___ / ___ / _____		

7.4. THERAPIEËN UIT HET VERLEDEN

Type	Datums/perioden	Frequentie (per week of per maand)	Locatie (praktijk, ziekenhuis, thuis, school, ...)
Logopedie			
Kinesithérapie			
Ergotherapie			
Psychotherapie			
Vroeghulp			
Andere: -----			

AFM_Form_InfoMed_NL

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

7.5. ANDERE BEHANDELINGEN

7.6. SPECIFIEKE OF PREVENTIEVE MAATREGELEN

Specifieke veiligheidsmaatregelen en/of preventieve maatregelen (thuis, school, vervoer):

8. ZICHT

Wanneer werd de aandoening voor het eerst vastgesteld? _____

Datum van het onderzoek: ____ / ____ / ____

	Rechteroog	Linkeroog
Gezichtsscherpte <u>vóór correctie</u>		
Gezichtsscherpte <u>na correctie</u>		
Binoculaire gezichtsscherpte <u>na correctie</u>		
Gezichtsvelde <u>na correctie</u>		



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

9. GEHOOR

Wanneer werd de aandoening voor het eerst vastgesteld? _____

Hoortoestel: ☐ Nee ☐ Ja sinds: ____ / ____ / _____

Cochleair implantaat: ☐ Nee ☐ Ja sinds: ____ / ____ / _____

Datum van de laatste gehoortest: ____ / ____ / _____

Datum van het toonaudiogram: ____ / ____ / _____

Datum van de spraakaudiometrie met protheses: ____ / ____ / _____

	Prothese	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	Gemiddeld
Rechts	zonder				
Links	zonder				
Rechts	met				
Links	met				

Is een recente logopedische evaluatie beschikbaar? ☐ Nee ☐ Ja zo ja, gelieve deze bij te voegen.

10. EVENTUELE PARAMETERS DIE VAN BELANG ZIJN (gewicht, ...)

Datum	Waarde	Parameter (eenheid)
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		
____ / ____ / _____		

AFM_Form_InfoMed_NL

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

11. SCHOOL

Gewoon onderwijs:

Bijzonder onderwijs:

Locatie	Type	Vorm	Van	Tot	Of sinds
			--/--/----	--/--/----	--/--/----
			--/--/----	--/--/----	--/--/----
			--/--/----	--/--/----	--/--/----
			--/--/----	--/--/----	--/--/----

12. IQ-TEST

Naam van de test	Datum	Totaal IQ	VIQ	PIQ
	--/--/----			

Naam van de test	Datum	VBI	PRI	VRI	FRI	Wgl	Vsl
	--/--/----						

13. RESIDENTIELE INSTELLING (MP / revalidatie / psychiatrie)

Locatie	Van	Tot	Of sinds
	--/--/----	--/--/----	--/--/----

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)



IrisCare

www.mylriscare.brussels

14. BIJKOMENDE OPMERKINGEN

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscares.brussels

Area with horizontal dashed lines for additional remarks.

Ons een brief sturen: IrisCare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

15. DUID AAN WELKE DOCUMENTEN U BIJ DIT FORMULIER VOEGT

- ☐ Pediatrische verslagen
- ☐ (Pedo)psychiatrische verslagen
- ☐ Hematologische verslagen
- ☐ Oncologische verslagen
- ☐ Cardiologische verslagen
- ☐ Nefrologische verslagen met vermelding van de nierfunctie
- ☐ Pneumologische verslagen met de resultaten van de ademhalingsfunctietesten
- ☐ Neurologische verslagen
- ☐ Orthopedische verslagen
- ☐ Reumatologische verslagen
- ☐ Endocrinologische verslagen
- ☐ NKO-verslagen
- ☐ Oogheelkundige verslagen
- ☐ Verslagen van ziekenhuisopnames
- ☐ Revalidatierapporten (logopedist, kinesitherapeut, psycholoog, ...) met frequentie en locatie van de behandelingen (thuis, praktijk, school, ...)
- ☐ Resultaten IQ-test
- ☐ Resultaten van medische onderzoeken
Gelieve te verduidelijken:
- ☐ Andere:

Datum*: __ / __ / __ __ __

Handtekening*:

Stempel van de arts*

Ons een brief sturen: Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

Ons bezoeken: Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)