

FORMULIER VOOR MEDISCHE INFORMATIE¹ TEGEMOETKOMING VOOR HULP AAN BEJAARDEN

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 uw behandelende geneesheer/specialist.

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 uw patiënt. Gelieve bij dit formulier de informatie te voegen waarover u beschikt, afhankelijk van de situatie van uw patiënt: 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:

.....

.....

.....

.....

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.)



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

5. CHIRURGISCHE INGREPEN

Datum	Diagnose	Interventies
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		
___/___/_____		

Opmerkingen over de chirurgische ingrepen:

.....

.....

.....

.....

6. VOORGESCHIEDENIS

Begindatum	Diagnose	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	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	
___/___/_____	___/___/_____	

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@iriscare.brussels

7.3. HUIDIGE THERAPIEËN

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

7.4. THERAPIEËN UIT HET VERLEDEN

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

APA_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

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

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

6/10



Iriscare

www.mylriscare.brussels

9. KATZ-SCHAAL

Ref. te vermelden in alle correspondentie



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

Gelieve te noteren dat de **Katz ADL schaal verschillend is van de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid** die gerealiseerd zal worden door het Centrum van de Evaluatie van de Autonomie en de Handicap en dit, zowel op het niveau van het beoordelingssysteem als de criteria om rekening mee te houden.

Gelieve de score van uw patiënt te vermelden volgens zijn graad van afhankelijkheid:

CRITERIUM	Score	1	2	3	4
ZICH WASSEN		kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN		kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN		is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET BEZOEK		kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE		is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces

APA_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.)

CRITERIUM	Score	1	2	3	4
ETEN		kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM	Score	1	2	3	4
TIJD		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

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

10. BIJKOMENDE OPMERKINGEN

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.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.)

11. DUID AAN WELKE DOCUMENTEN U BIJ DIT FORMULIER VOEGT

- ☐ 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
- ☐ Oogheekundige verslagen
- ☐ Verslagen van ziekenhuisopnames
- ☐ Revalidatierapporten (logopedist, kinesitherapeut, psycholoog, ...)
- ☐ Cognitieve evaluaties (MMS, ...)
- ☐ Evaluaties van zelfredzaamheid en autonomie (Katz-schaal, ...)
- ☐ 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)