

## Formulier indicatiestelling

Dit formulier is een toepassing van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Dit formulier dient gebruikt te worden om de afhankelijkheid van een bewoner in een WZC of CVK of een persoon die gebruik maakt van een DVC aan te tonen.

### ALGEMENE GEGEVENS

Naam  
Voornaam  
INSZ-nummer  
HCO-nummer van de voorziening  
Naam voorziening  
Begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling    Dag    Maand    Jaar

### INDICATIESTELLING

#### A. Fysieke afhankelijkheid

criterium	Score	1	2	3	4
Zich wassen	.....	<i>Kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel</i>	<i>Moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel</i>
Zich kleden	.....	<i>Kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel</i>	<i>Moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel</i>
Transfer en verplaatsingen	.....	<i>Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden</i>	<i>Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en), (kruk(ken), rolstoel, ....)</i>	<i>Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers of zijn verplaatsingen</i>	<i>Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen</i>
Toiletbezoek	.....	<i>Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen</i>	<i>Heeft hulp nodig voor één van de drie items: zich verplaatsen zich kleden zich reinigen</i>	<i>Heeft hulp nodig voor twee van de drie items: zich verplaatsen zich kleden zich reinigen</i>	<i>Heeft hulp nodig voor de drie items: zich verplaatsen zich kleden zich reinigen</i>
Continentie	.....	<i>Is continent voor urine en faeces</i>	<i>Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)</i>	<i>Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces</i>	<i>Is incontinent voor urine en faeces</i>

Eten	.....	<i>Kan alleen eten en drinken</i>	<i>Heeft vooral hulp nodig om te eten of te drinken</i>	<i>Heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken</i>	<i>Is volledig afhankelijk om te eten of te drinken</i>
------	-------	-----------------------------------	---	--	---

## B. Psychische afhankelijkheid

Voor het aantonen van de psychische afhankelijkheid moet ofwel:

- de score op de criteria tijd en ruimte worden ingevuld
- de datum van het diagnostisch bilan demencie worden ingevuld

criterium	Score	1	2	3	4
Tijd	.....	<i>Geen probleem</i>	<i>Nu en dan, zelden een probleem</i>	<i>Bijna elke dag een probleem</i>	<i>Volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren</i>
Plaats	.....	<i>Geen probleem</i>	<i>Nu en dan, zelden een probleem</i>	<i>Bijna elke dag een probleem</i>	<i>Volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren</i>

OF

Diagnose demencie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van

Dag ..... Maand ..... Jaar .....

## OMSTANDIG VERSLAG

Omstandig verslag met de redenen die de wijziging van de afhankelijkheidscategorie rechtvaardigen:

.....

.....

## ONDERTEKENING

De handtekening van de behandelend art is vereist indien:

- de datum van het diagnostisch bilan demencie wordt ingevuld
- er een wijziging is in de afhankelijkheidscategorie binnen de zes maanden volgend op de beslissing tot aanpassing van de afhankelijkheidscategorie na controle door de Zorgkassencommissie

Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige	Datum	Handtekening
Naam: .....	Dag ..... Maand ..... Jaar .....	
.....	.....	
.....		
Naam en RIZIV-nummer behandelend arts	Datum	Handtekening
Naam: .....	Dag ..... Maand ..... Jaar .....	
.....	.....	
Riziv-nr: .....	.....	
.....		