

AANVRAAGFORMULIER PALLIATIEVE VERZORGING 1/2

Bijlage I

IN EEN GESLOTEN OMSLAG TE VERSTUREN AAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Medische kennisgeving tot financiële tegemoetkoming voor een patiënt die thuis palliatieve verzorging geniet

Naam van de patiënt:
Adres van de patiënt:

Ziekenfonds:
Inschrijvingsnummer:
Rekeningnummer:

- Voldoet aan de definitie van palliatieve patiënt - rechthebbende op een financiële tegemoetkoming:

Diagnose met betrekking tot palliatieve verzorging:

ofwel(1) Patiënt met ondersteuning van de palliatieve equipe:

Naam van de equipe, eventueel netwerk:

Datum van de eerste ondersteuning:

ofwel(1) Patiënt zonder ondersteuning van de palliatieve equipe, enkel ondersteund door de eigen hulpverleners, die zich ertoe verbinden de totaalzorg binnen de palliatieve zorgcultuur deskundig waar te maken.

De continuïteit van de door de huisarts georganiseerde geneeskundige verzorging wordt gegarandeerd, ook tijdens de wachtdienst en tijdens het weekend (de vervanger wordt ingelicht). Elke week moet een interdisciplinaire vergadering worden gehouden waarop minstens de huisarts moet aanwezig zijn. Een formeel verzorgingsplan en/of een mededelingsschrift moet(en) worden bijgehouden. Na het overlijden van de patiënt bewaart de huisarts die documenten in het dossier van de patiënt.

Twee van de 3 hierna vermelde voorwaarden zijn vervuld (2):

- (1) Permanente ondersteuning en toezicht die op een of meer van de hierna vermelde manieren kan worden geconcretiseerd:
 - a) een persoon uit de directe mantelzorg
 - b) palliatief verlof aangevraagd door... relatie tot patiënt: ...
 - c) inschakelen van bijkomende mantelzorg, eventueel vrijwilligers, bijgeschoold door erkende instanties
 - d) gezinshulp
 - dagopvang;
 - nachtopvang;
 - weekendopvang.
- (2) Nood aan minstens 2 van de 5 onderstaande elementen (3):
 - a) specifieke palliatieve medicatie (analgetica, antidepressiva, sedativa, corticoïden, antiëmetica, laxativa);
 - b) verzorgingsmateriaal (incontinentiemateriaal, materiaal voor wondverzorging/stomaverzorging);
 - c) hulpmiddelen (matrassen, ziekenhuisbed, toilettoestel en toebehoren);
 - d) spuitaandrijver of pijnpomp;
 - e) dagelijkse psychosociale bijstand voor het gezin.
- (3) Dagelijks toezicht of dagelijkse verzorging door een verpleegkundige voor een patiënt ten minste afhankelijk zich te wassen en te kleden, om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, wegens incontinentie en/of om te eten. (De afhankelijkheid veronderstelt op zijn minst een score 3 op de Katzschaal, en dit voor elke afhankelijkheidsgroep).

Handtekening van de huisarts
Stempel

Datum

- (1) Een van beide mogelijkheden aanduiden.
(2) Twee van de drie items aanduiden en desgevallend aanvullen.
(3) Minstens twee van de vijf items aankruisen. zie keerzijde a.u.b.

AANVRAAGFORMULIER PALLIATIEVE VERZORGING 2/2

Voorwaarden waaraan de palliatieve thuispatiënt moet voldoen om in aanmerking te komen voor een forfaitaire tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen.

Het moet gaan om een patiënt:

1° die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;

2° die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;

3° bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;

4° bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);

Erratum B.S. 8.4.00

5° met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen; indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaamheid en op aangepaste technische middelen;

Erratum B.S. 8.4.00

6° met een intentie om thuis te sterven;

7° en die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in dit formulier.

verso