

notamment les articles *1er bis*, 5, alinéa 1er et alinéa 2, 3°, et 8, alinéa 2, modifiés par l'arrêté royal du 19 mars 1990;

Vu la demande introduite en date du 8 février 1991 par l'A.S.B.L. « Caisse d'Allocations familiales du Bâtiment, des Travaux Publics, du Commerce, de l'Industrie et de l'Artisanat », organisme faisant partie des caisses de compensation agréées dont la liste constitue l'annexe visée à l'article *1er bis*, alinéa 2, de l'arrêté royal du 5 décembre 1986 précité;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant que l'A.S.B.L. « Caisse d'Allocations familiales du Bâtiment des Travaux Publics, du Commerce, de l'Industrie et de l'Artisanat », autorisée par les dispositions réglementaires précitées à accéder aux informations et à utiliser le numéro d'identification du Registre national des personnes physiques, doit pouvoir commencer à utiliser effectivement les possibilités qui lui sont offertes;

Considérant que les mesures techniques et fonctionnelles nécessaires à cet effet sont prises et que l'organisme précité souhaite confier à un tiers, organisme de droit belge, l'exécution de travaux nécessaires à cette fin;

Considérant que ce tiers remplit les conditions prescrites et qu'il est urgent de le désigner nominativement pour obtenir communication des renseignements nécessaires, exclusivement pour l'exécution de ces travaux;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. L'A.S.B.L. « Auxiliaire social patronal (SOPA) » organisme de droit belge, établie rue des Ursulines, 2 A, à 1000 Bruxelles, remplit une mission d'intérêt général et est autorisée à obtenir communication des renseignements nécessaires exclusivement pour l'exécution des tâches et travaux, visés par les articles *1er bis*, alinéa 1er, et 4, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 5 décembre 1986 organisant l'accès aux informations et l'usage du numéro d'identification du Registre national des personnes physiques dans le chef des organismes d'intérêt public et des caisses de compensation pour allocations familiales visés respectivement, par les articles *18 bis* et 19 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, qui lui est confiée dans le cadre de l'article 5, alinéa 1er, dudit arrêté royal, par l'A.S.B.L. « Caisse d'Allocations familiales du Bâtiment, des Travaux Publics, du Commerce, de l'Industrie et de l'Artisanat ».

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 2 janvier 1991.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 avril 1991.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

Ph. BUSQUIN

kinderbijslag voor loonarbeiders, inzonderheid op de artikelen *1 bis*, 5, eerste lid en tweede lid, 3°, en 8, tweede lid, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 maart 1990;

Gelet op het verzoek ingediend op 8 februari 1991 door de V.Z.W. « Kinderbijslagfonds van het Bouwbedrijf, de Openbare Werken, de Handel, de Nijverheid en het Ambachtswezen », instelling die deel uitmaakt van de erkende kinderbijslagfondsen waarvan de lijst de bijlage is bedoeld in artikel *1 bis*, tweede lid, van het voornoemd koninklijk besluit van 5 december 1986;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de V.Z.W. « Kinderbijslagfonds van het Bouwbedrijf, de Openbare Werken, de Handel, de Nijverheid en het Ambachtswezen » door de hogervermelde reglementaire bepalingen gemachtigd tot de toegang tot de informatiegegevens en tot het gebruik van het identificatienummer van het Rijksregister van de natuurlijke personen, moet kunnen beginnen met het daadwerkelijke benutten van de mogelijkheden die haar geboden zijn;

Overwegende dat de tot dit doel nodige technische en functionele maatregelen getroffen zijn en dat de voornoemde instelling de uitvoering van werken die nodig zijn te dien einde aan een derde, die een instelling van Belgisch recht is, wenst toe te vertrouwen;

Overwegende dat die derde aan de vereiste voorwaarden voldoet en dat het dringend is hem nominatief aan te wijzen om mededeling te bekomen van de nodige gegevens, uitsluitend voor de uitvoering van die werken;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De V.Z.W. « Sociaal Patronaal Dienstbetoen (SOPA) » instelling van Belgisch recht, gevestigd Ursulinenstraat, 2 A, te 1000 Brussel, vervult een opdracht van algemeen belang en wordt gemachtigd om mededeling te bekomen van de nodige gegevens, uitsluitend voor de uitvoering van de taken en werken bedoeld in de artikelen *1 bis*, eerste lid, en 4, eerste lid, van het koninklijk besluit van 5 december 1986 tot regeling van de toegang tot de informatiegegevens en van het gebruik van het identificatienummer van het Rijksregister van de natuurlijke personen in hoofde van de instellingen van openbaar nut en de kinderbijslagfondsen die respectievelijk bedoeld zijn in de artikelen *18 bis* en 19 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders, die haar wordt toevertrouwd in het kader van artikel 5, eerste lid, van het genoemd koninklijk besluit, door de V.Z.W. « Kinderbijslagfonds van het Bouwbedrijf, de Openbare Werken, de Handel, de Nijverheid en het Ambachtswezen ».

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 2 januari 1991.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 april 1991.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

Ph. BUSQUIN

F. 91 — 1715

10 AVRIL 1991. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 12, 4°, modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965;

N. 91 — 1715

10 APRIL 1991. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 12, 4°, gewijzigd bij de wetten van 4 december 1963 en van 8 april 1965;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pris en exécution de l'article 152, § 1er, de la loi précitée, notamment les articles 9*quater decies*, inséré par le règlement du 7 mars 1983 et modifié par les règlements des 6 octobre 1986 et 23 juillet 1990 et 9*sedecies*, inséré par le règlement du 23 juillet 1990;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 4 mars 1991,

Arrête :

Article 1er. L'intitulé de la Section 1 du Chapitre VII*undecies* de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et comprenant l'article 9*quater decies*, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Section 1. — De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

Art. 9*quater decies*. § 1er. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153*quindecies*, § 3, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 susvisée, est introduite, par le bénéficiaire ou l'institution, auprès de l'organisme assureur, au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d;

§ 2. La notification d'admission dans l'institution visée à l'article 153*quindecies*, § 2, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité est introduite par le bénéficiaire ou l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d.

§ 3. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la décision du médecin-conseil visées à l'article 153*sedecies*, § 2, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité, sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'une formule établie en quatre exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 53a, 53b, 53c et 53d.

§ 4. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 153*quindecies*, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 54.

§ 5. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert est notifié par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'une formule établie en trois exemplaires conformes aux modèles repris aux annexes 55a, 55b et 55c.

§ 6. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles repris à l'annexe 56.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§ 7. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances. »

Art. 2. La Section 3 du Chapitre VII*undecies* de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, et comprenant l'article 9*sedecies* est abrogée.

Art. 3. § 1er. Les annexes 53 à 56 à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

§ 2. Les annexes 66 à 70 à l'arrêté royal du 24 décembre 1963 précité, sont abrogées.

Art. 4. Le présent règlement produit ses effets le 1er avril 1991.

Bruxelles, le 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, genomen ter uitvoering van artikel 152, § 1, van evengenoemde wet, inzonderheid op de artikelen 9*quater decies*, ingevoegd bij verordening van 7 maart 1983 en gewijzigd bij de verordeningen van 6 oktober 1986 en 23 maart 1990 en 9*sedecies*, ingevoegd bij verordening van 23 juli 1990;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 4 maart 1991,

Besluit :

Artikel 1. De titel van Afdeling 1 van Hoofdstuk VII*undecies* van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering waarin artikel 9*quater decies* is opgenomen, wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Afdeling 1. — Tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rust- en verzorgingsteuizen en in de rustoorden voor bejaarden.

Art. 9*quater decies*. § 1. De aanvraag tot verkrijging van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 153*quindecies*, § 3, van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van vorengenoemde wet van 9 augustus 1963, wordt de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 2. De kennisgeving van opnemings in de inrichting, bedoeld in artikel 153*quindecies*, § 2, van vorengenoemd koninklijk besluit van 4 november 1963, wordt door de rechthebbende of door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 3. De aanvraag om verdere toekenning van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en de aanvraag om herziening van de beslissing van de adviserend geneesheer die zijn bedoeld in artikel 153*sedecies*, § 2, van vorengenoemd koninklijk besluit van 4 november 1963, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier dat wordt opgemaakt in vier exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 53a, 53b, 53c en 53d.

§ 4. De evaluatieschaal en het medisch verslag die zijn bedoeld in artikel 153*quindecies*, § 3, tweede lid, van vorengenoemd koninklijk besluit van 4 november 1963, worden door de inrichting bij de verzekeringsinstelling ingediend met een formulier, conform het model dat is opgenomen in de bijlage 54.

§ 5. Van het ontslag van de rechthebbende uit de inrichting, van zijn overlijden of van zijn transfer wordt door de inrichting aan de verzekeringsinstelling kennis gegeven met een formulier dat wordt opgemaakt in drie exemplaren, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlagen 55a, 55b en 55c.

§ 6. Om de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven te verkrijgen, stuurt de inrichting aan de verzekeringsinstelling, per kalenderkwartaal, een kostennota, conform de modellen die zijn opgenomen in de bijlage 56.

Een dubbel van de individuele kostennota, die per rechthebbende moet worden opgemaakt, wordt aan de rechthebbende gegeven op het ogenblik dat die nota naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 7. De betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt alleen maar toegestaan als op de verzamelkostennota de door het Ministerie van Financiën opgelegde overeenstemmingsstrook is aangebracht. »

Art. 2. Afdeling 3 van Hoofdstuk VII*undecies* van vorengenoemd koninklijk besluit van 24 december 1963, die artikel 9*sedecies* omvat, wordt opgeheven.

Art. 3. § 1. De bijlagen 53 tot 56 bij vorengenoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 worden vervangen door bijgaande bijlagen.

§ 2. De bijlagen 66 tot 70 bij vorengenoemd koninklijk besluit van 24 december 1963 worden opgeheven.

Art. 4. Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 april 1991.

Brussel, 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 53a

DEMANDE - NOTIFICATION (1) D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE
(Art. 23, 12° et 13° de la loi du 09.08.1983)

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément ou N° d'enregistrement (1)

Type d'institution (2)

Dénomination:

Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional

Dénomination:

Adresse:

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:

Adresse:

Date d'entrée (3): heure:
Date de la notification ou de la demande (1):

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.
Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfitaire que je sollicite.
Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante:
Catégorie O - Catégorie A - Catégorie B - Catégorie C (1).
Il s'agit en l'occurrence d': une première demande - une prolongation - une modification - un transfert (1).
En cas de réadmission ou de transfert: l'accord du
ou feuille d'application.
Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande d'allocation (4).

Le responsable de l'institution,

Date:

Signature - Nom:

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
pour le bénéficiaire dans la catégorie

O - A - B - C (1)

Remarques éventuelles:

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil,

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Maisons de repos et de soins - 1; Maisons de repos pour personnes âgées ou assimilées - 2.

(3) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(4) Uniquement dans le cas d'une demande d'allocation pour la catégorie A, B ou C.

Exemplaire destiné au médecin-conseil.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 53b

DEMANDE - NOTIFICATION (1) D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE
(Art. 23, 12° et 13° de la loi du 09.06.1963)

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrégation ou N° d'enregistrement (1)

Type d'institution (2):

Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualisé ou Office régional

Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:
Adresse:

Date d'entrée (3): heure:
Date de la notification ou de la demande (1):
J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.
Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.
Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante:
Catégorie O - Catégorie A - Catégorie B - Catégorie C (1).
Il s'agit en l'occurrence d': une première demande - une prolongation - une modification - un transfert (1)
En cas de réadmission ou de transfert: l'accord du au reste d'application.
Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande d'allocation (4).

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
pour le bénéficiaire dans la catégorie

O - A - B - C (1)

Remarques éventuelles:

Date:
Signature et cachet du médecin-conseil,

Le responsable de l'institution,
Date:
Signature - Nom:

Cadre réservé à l'O.A.	Mut. ou Off. rég.		Numéro d'inscription	
	1	2	Tous risques Droit à gros risques Petits risques	100% 75%

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional,
Le responsable,
Date:
Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire destiné à l'administration de l'O.A.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 53c

DEMANDE - NOTIFICATION (1) D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE
(Art. 23, 12° et 13° de la loi du 09.08.1963)

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément ou N° d'enregistrement (1)

Type d'institution (2):

Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional

Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:
Adresse:

Date d'entrée (3): heure:
Date de la notification ou de la demande (1):

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.
Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.
Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante:
Catégorie O - Catégorie A - Catégorie B - Catégorie C (1).
Il s'agit en l'occurrence d': une première demande - une prolongation - une modification - un transfert (1)
En cas de réadmission ou de transfert: l'accord du au reste d'application.
Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande d'allocation (4).

Le responsable de l'institution,
Date:
Signature - Nom:

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
pour le bénéficiaire dans la catégorie

O - A - B - C (1)

Remarques éventuelles:

Date:
Signature et cachet du médecin-conseil,

Cadre réservé à l'O.A.	Mul. ou Off. rég.	Numéro d'inscription	
		Code titulaire	
		1	2
		Tous risques	100%
		Droit à gros risques	75%
		Petits risques	

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

Cachet de l'O.A.

Pour la Mutualité ou l'Office régional,
Le responsable,
Date:
Signature - Nom

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire à renvoyer à l'institution.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 53d

DEMANDE - NOTIFICATION (1) D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE
(Art. 23, 12° et 13° de la loi du 09.08.1963)

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrégation ou
N° d'enregistrement (1)

Type d'institution (2):

Dénomination:

Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou
Office régional

Dénomination:

Adresse:

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom:

Date de naissance:

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Date d'entrée (3): heure:

Date de la notification ou de la demande (1):

J'atteste que le bénéficiaire est - sera (1) admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante:
Catégorie O - Catégorie A - Catégorie B - Catégorie C (1).

Il s'agit en l'occurrence d': une première demande - une prolongation - une modification - un transfert (1)

En cas de réadmission ou de transfert: l'accord du au reste d'application.

Je joins sous pli formé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical étayant la demande d'allocation (4).

Le responsable de l'institution,

Date:

Signature - Nom:

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Accord du au
pour le bénéficiaire dans la catégorie

O - A - B - C (1)

Remarques éventuelles:

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil,

(1) Effacer les mentions inutiles.

(2) Maisons de repos et de soins - 1; Maisons de repos pour personnes âgées ou assimilées - 2.

(3) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(4) Uniquement dans le cas d'une demande d'allocation pour la catégorie A, B ou C.

Exemplaire à conserver au moment de l'envoi par l'institution ou le bénéficiaire.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 54

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION ET RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT LA
DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Identification du bénéficiaire

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription O.A.:

Identification du titulaire

(compléter ou apposer la vignette O.A.)

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

CRITERE	Score	1	2	3	4
SE LAVER		peut complètement se lever sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
SE DEPLACER		peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers	peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE		peut aller seul à la toilette ou s'essuyer	a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer	ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction)	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		peut manger et boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

CRITERE	Score	1	2	3	4	5
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totallement désorienté	impossible à évaluer vu l'évolution très avancée
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totallement désorienté	impossible à évaluer vu l'évolution très avancée

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C est demandée (1).

Le praticien de l'art infirmier, (nom, date et signature) (2)

Rapport médical

Je déclare,

A. Diagnostic : Diagnostic principal :

Diagnostiques accessoires importants :

B. Description des affections et lésions qui justifient la demande :
.....
.....

C. L'intéressé(e) se trouve dans la situation de dépendance comme décrite ci-dessus.

Le médecin-traitant, (nom, date et signature)

(1) Biffer la mention inutile. (2) A remplir si l'échelle a été complétée par le praticien de l'art infirmier.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 54 (verso)

Catégories de dépendance

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3», «4» ou «5» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement

Catégorie A : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement;

Catégorie B : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller

Catégorie C : y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer, et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette,
et/ou ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 55a

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)

Institutions visées à l'article 23, 12° et
13° de la loi du 9 août 1963.

* Références	
Inst.	
Q.A.	

N° d'agrément (2)
N° d'enregistrement (2)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou
Office régional

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM - Prénom: Date de naissance:
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM - Prénom: Date de naissance:
Adresse:

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le heures,
est sorti de notre Institution le à heures (2)
est décédé le: (2)
est transféré vers: (2)

Le responsable de l'Institution,

Date:
Signature - Nom:

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.
(2) Bliffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 55b

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)

Institutions visées à l'article 23, 12° et
13° de la loi du 9 août 1983.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément (2)
N° d'enregistrement (2)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou
Office régional

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM - Prénom: Date de naissance:
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM - Prénom: Date de naissance:
Adresse:

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,
est sorti de notre institution le à heures (2)
est décédé le: (2)
est transféré vers (2)

Le responsable de l'institution,

Date:
Signature - Nom

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.
(2) Différer les mentions inutiles.

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 55c

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1)

Institutions visées à l'article 23, 12° et 13° de la loi du 9 août 1963.

Références	
Inst.	
O.A.	

N° d'agrément (2)
N° d'enregistrement (2)

Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° Mutualité ou
Office régional

Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:
inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint
ou ménagère - ascendant - descendant (2)

TITULAIRE

N° d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:
Adresse:

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le à heures,
est sorti de notre institution le à heures (2)
est décédé le: (2)
est transféré vers: (2)

Le responsable de l'institution,

Date:
Signature - Nom

(1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire de maximum 72 heures sauf en cas d'admission dans un établissement hospitalier.
(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.

761 F - 3

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.

Annexe 58

Institutions visées à l'article 23, 12° et 13° de la loi du 9 août 1963.

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° P.

Identification de l'institution :
 Nom :
 Adresse :
 Tél. :
 Numéro d'agrégation :
 Numéro d'enregistrement :

Identification de la mutualité ou office régional :
 N° :
 Nom :
 Adresse :

Note récapitulative n° du au établie le

N° de la note individuelle	Nom et prénom du bénéficiaire	N° d'inscription	Nombre de jours	A charge O.A.	A charge patient	Total
.....
.....
.....

Total général pour la mutualité :

vignette de concordance

A payer au compte :
 avec la référence :

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts et qu'un double de la note individuelle a été remis aux bénéficiaires.

Le Directeur de l'institution,
 (Date, nom et signature).

Vu pour être annexe au règlement du 10 avril 1991.
 Le fonctionnaire dirigeant,
 Dr. J. Riga.

Le président,
 R. Van Den Heuvel.

Bijlage 53a

**AANVRAAG - KENNISGEVING (1) OM DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**
(Art. 23, 12° en 13° van de wet van 09.08.1963)

Referenties	
Inricht.	
V.J.	

Erkenningsnummer of
Registratienummer (1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type inrichting (2):

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum (3):

Datum van de kennisgeving of aanvraag (1):

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld. Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag. Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie:

Categorie O - Categorie A - Categorie B - Categorie C (1).

Het betreft hier: een eerste aanvraag - een verlenging - een wijziging - een transfer (1)

Bij wederopnemng of transfer: het akkoord van tot blijft verder gelden.

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming (4).

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening - Naam:

BESUSSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot
voor de rechthebbende in de categorie**O - A - B - C (1)**

Eventuele opmerkingen:

Datum:

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Rust- en verzorgingstehuis - 1; Rustoord voor bejaarden of geassimileerd - 2.

(3) Bij wederopnemng moet de datum en het uur van wederopnemng worden vermeld.

(4) Enkel in geval de tegemoetkoming voor categorie A - B of C wordt aangevraagd.

Exemplaar bestemd voor de adviserend geneesheer.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 53b

AANVRAAG - KENNISGEVING (1) OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN
(Art. 23, 12° en 13° van de wet van 09.08.1963)

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer of Registratienummer (1)

Type Inrichting (2):

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst

Benaming:
Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
Adres:

Opnamingsdatum (3): uur:
Datum van de kennisgeving of aanvraag (1):
Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hierboven zijn vermeld.
Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.
Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie:
Categorie O - Categorie A - Categorie B - Categorie C (1).
Het betreft hier: een eerste aanvraag - een verlenging - een wijziging - een transfer (1)
Bij wederopname of transfer: het akkoord van tot blijft verder gelden.
Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming (4).
De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum:
Handtekening - Naam:

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot
voor de rechthebbende in de categorie
O - A - B - C (1)

Eventuele opmerkingen:
Datum:
Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

Vak voor de V.l.	Ziekenfonds of Gew. dienst	Inschrijvingsnummer	
	Code gerechtigde 1 2	Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's	100% 75%

BETALINGSVEREENTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Stempel van de V.l.

Voor het ziekenfonds of de gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,
Datum:
Handtekening - Naam

(1) Schrapen wat niet past

Exemplaar bestemd voor de administratie van de V.l.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 53c

**AANVRAAG - KENNISGEVING (1) OM DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**
(Art. 23, 12° en 13° van de wet van 09.08.1983)

Referenties	
Inricht.	.
V.l.	

Erkenningsnummer of
Registratienummer (1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type inrichting (2):

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon én laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Opremingsdatum (3):

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Datum van de kennisgeving of aanvraag (1):

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld. Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag. Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie:

Categorie O - Categorie A - Categorie B - Categorie C (1).

Het betreft hier: een eerste aanvraag - een verlenging - een wijziging - een transfer (1)

Bij wederopneming of transfer: het akkoord van

tot

Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming (4).

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening - Naam:

Akkoord van

tot

voor de rechthebbende in de categorie

O - A - B - C (1)

Eventuele opmerkingen:

.....

.....

Datum:

Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

.....

.....

Vak voor de V.l.	Ziekenfonds of Gew. dienst	Inschrijvingsnummer
	Code gerechtigde	Alle risico's
	1	Recht op grote risico's
	2	Kleine risico's
		100%
		75%

BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invalditeitsverzekering.

Stempel van de V.l.

Voor het ziekenfonds of de gewestelijke dienst,
De verantwoordelijke,
Datum:

Handtekening - Naam

(1) Schrappen wat niet past.

Exemplaar terug te zenden aan de instelling.

760N-3

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 53d

**AANVRAAG - KENNISGEVING (1) OM DE TEGEMOETKOMING
VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE
HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**
(Art. 23, 12° en 13° van de wet van 09.08.1983)

Referentles	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer of
Registratienummer (1)

Type inrichting (2):

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of
Gewestelijke dienst

Benaming:
Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
Adres:

Opnemingsdatum (3): uur:
Datum van de kennisgeving of aanvraag (1):
Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is - zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoor zijn vermeld. Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag. Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie:
Categorie O - Categorie A - Categorie B - Categorie C (1).
Het betreft hier: een eerste aanvraag - een verlenging - een wijziging - een transfer (1)
Bij wederopnemning of transfer: het akkoord van blijft verder gelden.
Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal en het medisch verslag tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming (4).
De verantwoordelijke van de inrichting,
Datum:
Handtekening - Naam:

BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Akkoord van tot
voor de rechthebbende in de categorie

O - A - B - C (1)

Eventuele opmerkingen:

Datum:
Handtekening en stempel adviserend geneesheer,

(1) Schrappen wat niet past.
Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 54

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

**EVALUATIESCHAAL EN MEDISCH VERSLAG TOT STAVING VAN DE
AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING**

Identificatiegegevens rechthebbende

NAAM - Voornaam :

Adres :

Geboortedatum :

Inschrijvingsnummer V.I. :

Identificatiegegevens gerechtigde

(invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen)

Evaluatieschaal (in te vullen door de verpleegkundige of de behandelend geneesheer)

CRITERIUM	Score	1	2	3	4
WASSEN		kan zichzelf wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven en onder de gordel	moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
KLEDEN		kan zich helemaal aan en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitzonderd)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven en onder de gordel	moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
VERPLAATSEN		kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	heeft volstrekt hulp van derden nodig om op te staan en zich te verplaatsen	is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK		kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen	heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel
CONTINENTIE		is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of kunstsaar)	is incontinent voor urine (nuctitraining inclusief)	is incontinent voor urine en faeces
ETEN		kan alleen eten en drinken	heeft voorsaf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt wordt gevoed

CRITERIUM	Score	1	2	3	4	5
TUJD		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesorienteerd	niet meer te testen omwille van zijn geïmproviseerde toestand
PLAATS		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesorienteerd	niet meer te testen omwille van zijn geïmproviseerde toestand

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt categorie O categorie A categorie B categorie C aangevraagd (1).

De verpleegkundige, (naam, datum en handtekening) (2)

Medisch verslag

Ik verklaar,

A. Diagnose : Hoofddiagnose :

Belangrijke bijkomende diagnoses :

B. Beschrijving van de letsels en functionele stoornissen die de aanvraag wettigen :

.....

.....

C. De rechthebbende bevindt zich in de situatie van afhankelijkheid zoals hiervoren omschreven.

De behandelend geneesheer, (naam, datum en handtekening)

(1) Schrapen wat niet past (2) In te vullen indien schaal werd ingevuld door verpleegkundige

Model 762-N

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 54 (verso)

Categorieën van zorgenbehoevendheid

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën van zorgenbehoevendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij «3», «4» of «5» scoort voor het desbetreffende criterium) :

categorie O : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die fysisch volledig onafhankelijk en niet dement zijn

categorie A : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die

fysisch afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden

psychisch afhankelijk zijn :
zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én
zij zijn fysisch volledig onafhankelijk

categorie B : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :

fysisch afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan

psychisch afhankelijk zijn :
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden

categorie C : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :

fysisch afhankelijk zijn :
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, én
zij zijn afhankelijk om wegens incontinentie en/of om te eten

psychisch afhankelijk zijn :
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én
zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan, én/of
zij zijn afhankelijk om wegens incontinentie en/of om te eten.

Bijlage 55a

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1)

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 12^o en
13^o van de wet van 9 augustus 1983.

Referenties	
Inricht.	
V.L.	

Erkenningsnummer (2)
Registratienummer (2)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming:

Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekentfonds of
Gewestelijke dienst

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Benaming:

Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendant (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAAM - Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert

heeft onze inrichting verlaten op

is overleden op:

is overgebracht naar

om uur,

om uur (2)

(2)

(2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:

Handtekening - Naam

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opname in een verplegingsinrichting.
(2) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 55b

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1)

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 12° en 13° van de wet van 9 augustus 1963.

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer (2)

Benaming:
Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst

Benaming:
Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
Adres:

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)
is overleden op (2)
is overgebracht naar (2)

De verantwoordelijke van de inrichting,

Datum:
Handtekening - Naam:

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opnemingsinrichting.
(2) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

Bijlage 55c

KENNISGEVING VAN EINDE HUISVESTING (1)

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 12° en 13° van de wet van 9 augustus 1983.

Referenties	
Inricht.	
V.l.	

Erkenningsnummer (2)
 Registratienummer (2)

Benaming:
 Adres:

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst

Benaming:
 Adres:

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
 Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van
 echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (2)

GERECHTIGOE

Inschrijvingsnummer

NAAM - Voornaam: Geboortedatum:
 Adres:

Deze rechthebbende, die is gehuisvest sedert om uur,
 heeft onze inrichting verlaten op om uur (2)
 is overleden op: (2)
 is overgebracht naar (2)

De verantwoordelijke van de inrichting:

Datum:
 Handtekening - Naam:

(1) Deze kennisgeving dient niet te worden opgemaakt indien het gaat om een tijdelijke afwezigheid van maximum 72 uur tenzij in geval van opnemings-
 in een verpleeginrichting.
 (2) Doorhalen wat niet past.

Exemplaar bij de verzending te bewaren door de inrichting.

761 N • 3

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1981.

De leidend ambtenaar,
 Dr. J. Riga.

De voorzitter,
 R. Van Den Heuvel.

Bijlage 56 (vervolg)

Inrichtingen bedoeld in artikel 23, 12° en 13° van de wet van 9 augustus 1963

INDIVIDUELE KOSTENNOTA

Nota nr.

Identificatie van de inrichting :

Naam :
Adres :
Erkenningsnummer :
Registratienummer :

Identificatie van de rechthebbende :

Naam :
Voornaam :
Adres :
Inschrijvingsnummer V.I. :
Hoedanigheid :

Identificatie van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst :

Nr. :
Naam :
Adres :

Identificatie van de gerechtigde :

Naam :
Voornaam :
Adres :
Inschrijvingsnummer V.I. :

- Datum van de instemming van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren :			
- Periode(s) van afwezigheid die geen aanleiding geven tot de betaling van de tegemoetkoming : van tot van tot van tot van tot			
- Referenties			
Eerste Form. 760	Laatste Form. 760	Form. 761	
Inrichting	Inrichting	Inrichting	
V.I.	V.I.	V.I.	
Aard van de kosten :	Aantal dagen	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt
- Tegemoetkomingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven			
- Categorie Van Tot			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
.. 			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
.. 			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- Huisvestingskosten		XXXXXXXXXXXX	
- Eventuele supplementen (omstandig vermelden)		XXXXXXXXXXXX	
TOTAAL			

(1) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 10 april 1991.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.