

Attest afhankelijkheidscategorie Fp

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 persoon die gebruik maakt van een DVC aan te tonen.

Ik ondergetekende, behandelende arts van

Naam

Voornaam

INSZ-nummer

HCO-nummer van de voorziening

Naam voorziening

Begindatum van de geldigheid Dag Maand Jaar
van de indicatiestelling

attesteer dat bovengenoemde voldoet aan één van de volgende situaties:

- 1) de voorwaarden bedoeld in artikel 427 van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming:
 1. zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte bevinden, ongeacht zijn of haar levensverwachting;
 2. met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen;
 3. thuis verblijven en de intentie hebben om verder thuis te verblijven;
 4. gemotiveerd door hun irreversibele aandoening(en) tijdens de laatste drie maanden het voorwerp hebben uitgemaakt van:
 - a) of minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie);
 - b) of verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinesitherapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 2) de voorwaarden bedoeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de Ziekteverzekeringwet:
 1. lijden aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;
 2. ongunstig evolueren, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;
 3. therapeutische ingrepen en revaliderende therapie hebben geen invloed meer op die ongunstige evolutie;
 4. de prognose van de aandoening(en) is slecht en het overlijden wordt op relatief korte termijn verwacht (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);
 5. 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);
 6. de intentie om thuis te sterven.

Naam en RIZIV-nummer behandelend arts	Datum	Handtekening
Naam:		
Riziv-nr:	Dag Maand Jaar	