**Bijlage 98g**

**Aanvraagformulier voor terugbetaling van logopedische verstrekkingen (art. 36)**

**B6.5 – veelvuldige functionele stoornissen in relatie tot een orthodontische stoornis**

(alle rubrieken moeten worden ingevuld)

***De medische voorschriften voor het logopedisch bilan en voor de logopedische behandeling moeten bij dit formulier worden gevoegd bij de akkoordaanvraag.***

**Administratieve gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificatie van de rechthebbende**  (in te vullen of aan te brengen via kleefbriefje) | **Identificatie van de logopedist** |
| Naam en voornaam:  Adres:  Geboortedatum:  Rijksregisternummer: | Naam en voornaam:  Adres:  Telefoonnummer:  E-mail:  RIZIV-nummer: |

**Tegemoetkoming logopedische verstrekkingen**

- Aanvangsbilan

plaats van afname:

afnamedatum(s):

- Behandeling

startdatum:

plaats:  kabinet  aan huis  school  ziekenhuis

**Logopedisch verslag**

***Relevante elementen uit de anamnese:***

***Klinische gegevens***

*Toestand van de cranio-maxillo-faciale structuren zoals vastgesteld door de zorgverlener gespecialiseerd in de tandheelkunde of in de orthodontie* (dysmorfose en/of malocclusie) :

* Naam van de zorgverlener:
* Datum van het onderzoek:
* Beschrijving van de orthodontische stoornis:

*Logopedisch onderzoek:*

Ademhaling:

neusademhaling (normaal)

mondademhaling

gemengde ademhaling

Tongligging in rust:

normaal

laag

interdentaal

Slikken:

normaal

atypisch slikken

Relevant(e) kenmerk(en) (*facultatief*) : …………………………….……………………..

…………………..………………………………………………………………………………..

Kauwen:

normaal

afwijkend

Relevant(e) kenmerk(en) (*facultatief*) : …………………………….……………………..

…………………..………………………………………………………………………………..

Articulatie:

geen articulatiestoornis

articulatiestoornis (*korte beschrijving*) :…………………………………………………… …………………..…………………………………………………………………………………

***Aanvullende kenmerken van de stoornis na de logopedische beoordeling (alle kenmerken te bewaren in het patiëntendossier)***

Evaluatie van het gezicht en zachte weefsels

Evaluatie van de lichaamshouding

Evaluatie van de eventuele parafuncties

Geen link met frenectomie, een enkelvoudige articulatiestoornis of een behandeling van slaapapneu

|  |  |
| --- | --- |
| Datum en handtekening van de logopedist | Datum en handtekening van de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger/voogd |
|  |  |

**Beslissing van de adviserend arts**

|  |
| --- |
| Datum van ontvangst:  Beslissing:  Akkoord logopedisch bilan  Akkoord logopedische behandeling  Weigering logopedisch bilan  Weigering logopedische behandeling  Andere  Datum en handtekening: |