|  |
| --- |
| **MEDISCH VERSLAG DAT AANTOONT DAT DE RECHTHEBBENDE BEANTWOORDT AAN DE VOORWAARDEN VOOR TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIR PROGRAMMA VOOR TRANSGENDERZORG** |

**Bij te voegen bij het aanvraagformulier om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatieverstrekkingen**

**I. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS**

1.1 Identificatie van de rechthebbende

|  |
| --- |
|  |

(kleefbriefje aanbrengen a.u.b.)

# 1.2 Identificatie van het geconventioneerd centrum

Identificatienummer: 7.76.2 . . . . . . Naam ziekenhuis:

Naam en adres site:

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon van het centrum:

**II. MEDISCHE GEGEVENS**

De ondergetekende arts verklaart dat de patiënt[[1]](#footnote-1):

psychosociale en/of medische hulp vraagt betreffende zijn genderidentiteit of genderexpressie

symptomen van een genderincongruentie vertoont of reeds die diagnose heeft gekregen, volgens de ICD-11 of eventueel de DSM-5 (code 302.6 [kinderen], 302.85 [adolescenten en volwassenen]), of een latere editie van deze classificaties.

Deze aanvraag betreft1:

een **eerste voorschrift** voor (individuele, familiale of groeps) zittingen en eventuele gesprekken

Datum van de eerste individuele of familiale zitting: …./……/……

Gevraagde periode van tenlasteneming (max. 6 jaar): van .…./…./….[[2]](#footnote-2) tot en met …../..…./……

een aanvraag om **verlenging** van de tegemoetkoming in de kosten van de zittingen en eventuele gesprekken

Gevraagde periode van tenlasteneming (max.6 jaar): van .…./…./…. tot en met …../..…./……

Naam, handtekening en datum van de **coördinerend arts van het geconventioneerd centrum of van een andere arts die is aangeduid door de coördinerd arts en is opgenomen in de lijst van artsen voor dit geconventioneerd centrum:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

# III. BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS

**Datum van ontvangst van deze aanvraag:** ……../……../…………...

**Beslissing van de adviserend arts[[3]](#footnote-3):**

Gunstig

Ongunstig

omdat:

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

Andere: ………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**Identificatie en handtekening van de adviserend arts en datum van de beslissing:**

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

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

1. Kruis alle vakjes aan die van toepassing zijn. [↑](#footnote-ref-1)
2. De begindatum van de periode van tenlasteneming moet overeenstemmen met de datum tijdens dewelke de eerste (individuele of familiale) zitting gerealiseerd werd. [↑](#footnote-ref-2)
3. Kruis alle vakjes aan die van toepassing zijn [↑](#footnote-ref-3)