|  | *Dienst*    *Adres*            *Postcode Gemeente* Tel. {{P\_TELEFOON}}      GSM {{P\_GSM}} E-mail:{{P\_EMAIL}} Jouw kenmerk: --  Ons kenmerk:      /      Vragen naar: {{P\_VOORNAAM}} {{P\_NAAM}}    {{P\_DATUM}} |
| --- | --- |
| *Voornaam Achternaam behandelend arts-specialist/ behandelend paramedicus*  *Straatnaam nr*  *Postcode Gemeente* |

**Bijkomende informatie in functie van een aanvraag arbeidsgereedschap**

Betreffende: …………………………………………………………………………………………………………………………..……………

Geboortedatum: ……….…………………………………………………………………………………...……………………………………

Beste behandelende arts-specialist of behandelend paramedicus,

Jouw patiënt(e), (voornaam en familienaam), geboren op (geboortedatum) en momenteel gedomicilieerd te (adres) heeft bij VDAB de terugbetaling van een aangepaste bureaustoel aangevraagd omwille van de impact van zijn/haar beperking op zijn / haar arbeidsmatig functioneren. **VDAB komt niet tussen in ergonomie** (zie [codex welzijn op het werk](https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/algemene-beginselen/codex-over-het-welzijn-op-het-werk)).

Om deze aanvraag te kunnen behandelen is er bijkomende informatie nodig. We vragen je daarom om onderstaande pagina’s in te vullen. **VDAB kan pas beslissen of een tussenkomst voorzien wordt als de onderstaande motivatie volledig is ingevuld.** Er volgt steeds een bezoek op de werkplek.

Als de aanvraag nog niet officieel geregistreerd is, kan de patiënt(e) dit nog in orde brengen via onze website: <http://www.vdab.be/pmab/aanvragenWeb.htm?entryPoint=AanvragenAG-Web-Individu>

VDAB, Keizerslaan 11, 1000 Brussel is verantwoordelijk voor de verwerking van deze persoonsgegevens. VDAB is een Vlaamse overheidsinstelling en verwerkt de ontvangen persoonsgegevens omdat de overheid VDAB de [wettelijke opdracht](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2004050753) heeft gegeven om arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding en hiermee verbonden de integratie van doelgroepwerknemers, te organiseren. De persoonsgegevens worden opgevraagd zodat VDAB deze opdracht kan uitoefenen. VDAB verwerkt deze gegevens in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 en andere toepasselijke Belgische wetgeving. Jouw patiënt(e) heeft steeds de mogelijkheid tot inzage en rechtzetting van zijn / haar gegevens.  
Voor meer info kan je terecht op [www.vdab.be/privacy](http://www.vdab.be/privacy).

Dank alvast voor je medewerking!

Met vriendelijke groeten

**Voornaam Naam, functie**

**Attestering door behandelende arts-specialist   
OF attestering door behandelend paramedicus obv het verslag van de diagnosestelling van een arts-specialist**

Vul de juiste code in aan de hand van de “Codelijst voor problematieken voor indicatie van arbeidshandicap”   
zie volgende link <http://vdab.be/arbeidshandicap/codelijst.shtml>

**Code:…………….. ( *bv. H 906)***

**Beschrijf de zitproblematiek die zich stelt bij het uitvoeren van de job :**

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

Kruis (\*) aan wat van toepassing is:

* **De patiënt heeft voldoende aan een correct ingestelde ergonomische bureaustoel**  **(\*)**

Zitting

| Hoogte | max. 40 cm – min. 51 cm  groter dan 12 cm verstelbaar |
| --- | --- |
| Breedte | 40 cm of breder |
| Diepte | max. 40 cm – min 42 cm  meer dan 5 cm verstelbaar |
| Inclinatie | max. -2° tot – min. 7°  meer dan 6° kantelbaar |

Rugleuning

| Hoogte | 36 cm of hoger |
| --- | --- |
| Breedte | 36 cm of breder |
| Lage rugsteun | max. 17cm - min. 22 cm |
| Inclinatie | Meer dan 15° kantelbaar |

Armleuning

| Hoogte | vast : 20 - 25  verstelbaar : max.20cm – min. 25 cm |
| --- | --- |
| Breedte | Groter dan 4 cm |
| Tussenafstand | 46 cm – 51cm |
| Lengte | groter dan 20 cm |
| Afstand tot zitrand | Groter dan 10 cm |



Bewegingsmechanisme

| inclinatiehoek zitting | -2° tot 7° |
| --- | --- |

* **De patiënt heeft nood aan een correct ingestelde ergonomische bureaustoel**  **met bijkomende aanpassingen (\*)**

Welke aanpassing van een ergonomische bureaustoel is er nodig?

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

In welke mate biedt deze aanpassing een ondersteuning voor de zitproblematiek van de patiënt? (verplicht in te vullen)

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

* **De patiënt heeft nood aan een specifiek op maat aangepaste bureaustoel (\*)**

Welke zit aanpassing heeft de patiënt nodig?

| O Duo-back | O Multi-dynamisch zitten | **O** Trippelstoel | **O**  Anderen, zo ja welke:  ……………………………………………….  ……………………………………………….  ……………………………………………….  ……………………………………………….  ……………………………………………….  ……………………………………………….  ………………………………………………  ………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………. |
| --- | --- | --- | --- |
| O Zadelstoel  Afbeeldingsresultaat voor zadelstoel | **O** Atrodesezit  Afbeeldingsresultaat voor artrodesestoel | O Abductieklos  Afbeeldingsresultaat voor abductieklos |

In welke mate biedt deze aanpassing een ondersteuning voor de zitproblematiek van de patiënt?

(verplicht in te vullen)

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

**Gegevens behandelende arts-specialist of behandelend paramedicus**

Naam behandelend arts-specialist of behandelend paramedicus: ………………………………………….……………

Specialisatie: ………………………………………………………………………………………………………..……………………………..

Contactgegevens (adres + telefoonnummer): ……….………………………………………………………………………....

……….………………………………………………………………………….

Datum: handtekening en stempel behandelend arts of behandelend paramedicus