

Opgroeien

Hallepoortlaan 27

1060 BRUSSEL

**T** 02 533 13 41

**opgroeien.be**

**zorgtoeslagen.be**

Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte

Vragenlijst voor therapie op zelfstandige basis

//////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////

## persoonsgegevens van het kind

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

## Startdatum en voorziene duur van de therapie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Startdatum | Einddatum | Duur van de sessie (in minuten) | Frequentie | Beperkte / onbeperkte termijn |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## plaats van de therapie

[ ]  Private praktijk

[ ]  Ziekenhuis

[ ]  Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.

## Evolutie van de therapie

 [ ]  Vooruitgang [ ]  Stabilisatie [ ]  Regressie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Begindatum | Einddatum | Frequentie |
| Per dag | Per week |
|  |  | [ ]  Permanent |  |  |

**Toelichting van de therapie**

Licht indien nodig gedetailleerd toe hoe het kind evolueert onder de therapie

|  |
| --- |
|  |

Moet het kind tijdens de therapie door de ouders begeleid worden?

[ ]  Ja [ ]  Neen

## andere relevante gegevens

Voorbeelden:

* Therapie privaat gaat verder tijdens verblijf in voorziening.
* Frequentie neemt toe tijdens bepaalde periodes (termijn-/seizoensgebonden)

Klik of tik om tekst in te voeren.

## GEGEVENS Therapeut

Type therapeut: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam en Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Datum: DD/MM/JJJJ

Handtekening