

Uw kenmerk:
Ons kenmerk:
Afdeling:
Doorkiesnummer:
E-Mail:

Utrecht,

Betreft: Aanvraag armondersteuning

Diagnose

Amyotrofische Laterale Sclerose

Huidige functioneel niveau

Als gevolg van bovengenoemde aandoening heeft dhr/ mevr. fors functieverlies in beide armen en handen en benen. Mevr. kan beide armen- en handen nog maar beperkt inschakelen. Het heffen van de armen wordt steeds zwaarder. Hierdoor ervaart dhr/mevr. forse beperkingen in haar dagelijks leven. Dhr/Mevr. is niet meer ADL zelfstandig. Ze wordt door de thuiszorg geholpen met wassen, aankleden en eten. Dhr/Mevr heeft moeite met zelfstandig eten, met name het constant heffen van de arm en hand. Hierdoor kan dhr/mevr niet meer een volledige maaltijd zelfstandig eten. In de thuissituatie is een (type) armondersteuning, elektrisch bedienbaar uitgeteerd. Met deze voorziening is dhr/mevr weer in staat een volledige maaltijd zelfstandig te kunnen eten.

Voor bovenstaande revalidant(e) wordt aangevraagd

Type armondersteuning

Voorstel tot

(zie offerte)

Motivering

Dhr/Mevr kan als gevolg van haar spierkrachtvermindering niet meer haar beide armen in schakelen bij haar dagelijkse activiteiten. dhr/ Mevr kan haar armen niet meer in het verticale vlak, in het horizontale vlak, en naar haar hoofd brengen. In de thuissituatie is bovengenoemde voorziening uitgeteerd.

Met deze ondersteuning is het voor dhr/ Mevr wel mogelijk om de armen in het horizontale en in het verticale vlak te bewegen. Voor dhr/mevr wordt het weer mogelijk om eten en drinken naar de mond te kunnen brengen.

Daarbij kan dhr/ mevr deze voorziening gebruiken bij het computerwerk, het vasthouden van de telefoon, etc.

Dit zijn voor dhr/mevr dagelijkse activiteiten, die zonder ondersteuning niet meer mogelijk zijn.

Het weer zelfstandig kunnen eten en het inschakelen van beide armen bij haar activiteiten zorgt voor mevr voor een betere kwaliteit van leven.

Namens het gehele behandelteam verzoek ik u Mw de aanvraag met spoed in in behandeling te nemen en Mw in aanmerking te laten komen voor bovengenoemde voorziening.

Met vriendelijke groet,

Naam ergotherapeut

Revalidatiearts:

Aanvrager:

(Bijlage: offerte)