ATTESTERINGSBUNDEL STUDENTEN MET EEN MOTORISCHE FUNCTIEBEPERKING

*Onderstaand formulier dient ingevuld te worden door de* ***(behandelend) arts****. Het document wordt via de student aan de studentendienst terugbezorgd. De hier geattesteerde gegevens zullen conform de* Belgische en Europese privacyregelgeving verwerkt worden *en behandeld conform de bepalingen in het onderwijs- en examenreglement van de onderwijsinstelling.*

# TOELICHTING

1. **Algemeen**

De studentendienst staat in voor de erkenning, het adviseren van specifieke faciliteiten en het begeleiden van studenten met een functiebeperking aan UC Leuven-Limburg. De functiebeperking van de student moet geattesteerd[[1]](#footnote-2) worden om volgende redenen:

* Om **erkend te worden als student met een functiebeperking** moet de student zijn functiebeperking staven met voldoende, objectieve en duidelijke medische documenten.
* Om als instelling **mogelijke faciliteiten te kunnen aanbieden** is het belangrijk om zo goed mogelijk zicht te hebben op de specifieke knelpunten van de student en de impact ervan op de schoolse activiteiten. Dit overzicht dient als basis voor het assessment, waarbij de knelpunten afgewogen worden ten opzichte van de opleidingsvereisten en de haalbaarheid van redelijke aanpassingen in de faculteit.
1. **Doelgroepen en bevoegd expert voor de attestering**

De attestering moet gebeuren door een bevoegd expert die per doelgroep bepaald is. In de tabel hieronder vindt u een overzicht van de doelgroepen en de corresponderende bevoegde experten.

|  |  |
| --- | --- |
| **Doelgroep** | **Bevoegd expert** |
| studenten met een motorische functiebeperking  | (Behandelend) arts |
| studenten met een auditieve functiebeperking  | (Behandelend) arts |
| studenten met een visuele functiebeperking | (Behandelend) arts |
| studenten met een chronische ziekte  | (Behandelend) arts  |

|  |  |
| --- | --- |
| studenten met een ontwikkelingsstoornis | (Behandelend) arts, (kinder- en jeugd) psychiater, neuroloog, neuropediater, erkend psycholoog of geregistreerd orthopedagoog, logopedist; afhankelijk van subtype (zie verder algemeen deel: overzicht specifieke attesteringsbundels) |
| studenten met een psychiatrische functiebeperking  | (Behandelend) (kinder- en jeugd) psychiater, erkend psycholoog of geregistreerd orthopedagoog |
| studenten met een overige functiebeperking | (Behandelend) arts |

1. **Documenten voor attestering**

We vragen u graag om als bevoegd expert **de functie-uitval van de student grondig te attesteren en te objectiveren.**

U kunt dit doen aan de hand van deze attesteringsbundel die uit volgende delen bestaat:

**Algemene deel (Deel 1)**

Hierop duidt u aan welke functie-uitval de student vertoont. De aard van de uitval bepaalt de doelgroep waartoe de student behoort.

**Vlor-formulier voor een specifieke doelgroep (Deel 2)**

U dient luik A en luik B in te vullen.
Luik A behandelt de aard, ernst en duur van functie-uitval. De vraag om te attesteren impliceert niet dat de bevoegd verklaarde persoon in elk geval een diagnostisch onderzoek moet uitvoeren. U kunt ook attesteren na inzage van verslagen die de student ter beschikking stelt.
Luik B brengt de functie-uitval en de impact van de functie-uitval op schoolse activiteiten in kaart.

Beide delen dienen ingevuld te worden door de **bevoegd expert voor die bepaalde doelgroep**. Beide documenten worden via de student aan de studentendienst terugbezorgd.

1. **Privacy**

De medische documentatie (deel 1 en deel 2) worden in het dossier van de student door de studentendienst bijgehouden. De hier geattesteerde gegevens zullen conform de Belgische en Europese privacyregelgeving verwerkt worden en behandeld conform de bepalingen in het onderwijs- en examenreglement van de onderwijsinstelling.

1. **Contact**

Indien u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met de medewerker van de studentendienst. Contactgegevens zijn te raadplegen via de website www.ucll.be.

# ALGEMENE DEEL (DEEL 1)

De attestering bestaat uit twee delen. In dit algemene deel (deel 1) moet aangegeven worden wat de **aard van de functie-uitval is**. Het overzicht van opgenomen functies is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De aard van de uitval **bepaalt de doelgroep** waartoe de student behoort. Met het oog op verdere attestering moet de beslissingsboom gevolgd worden en het doelgroepspecifieke Vlor-formulier ingevuld worden
(deel 2).

Volgende doelgroepspecifieke formulieren zijn beschikbaar:

|  |  |
| --- | --- |
| **Attesteringsbundel** | **Bevoegd expert** |
| studenten met een motorische functiebeperking | (Behandelend) arts |
| studenten met een auditieve functiebeperking | (Behandelend) arts |
| studenten met een visuele functiebeperking | (Behandelend) arts |
| studenten met een chronische ziekte | (Behandelend) arts  |
| studenten met een autismespectrumstoornis | (Behandelend) (kinder- en jeugd) psychiater, neuropediater, erkend psycholoog of geregistreerd orthopedagoog |
| studenten met een aandachtsdeficiëntie/ hyperactiviteitsstoornis | (Behandelend) (kinder- en jeugd) psychiater, neuroloog, neuropediater, erkend psycholoog of geregistreerd orthopedagoog |
| studenten met een ticstoornis | (Behandelend) (kinder- en jeugd) psychiater, neuroloog, neuropediater |
| studenten met een coördinatieontwikkelingsstoornis | (Behandelend) neuroloog, neuropediater of (kinder- en jeugd) psychiater |
|  | (Behandelend) arts, logopedist  |
| studenten met ontwikkelingsdysfasie | (Behandelend) arts, logopedist  |
| studenten met een psychiatrische functiebeperking | (Behandelend) (kinder- en jeugd) psychiater, erkend psycholoog of geregistreerd orthopedagoog |
| studenten met een overige functiebeperking | (Behandelend) arts |

Indien gewenst, kan de student attesteringsbundels voor andere doelgroepen bij ons verkrijgen of deze downloaden via onze website www.ucll.be.

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATIEGEGEVENS STUDENT**Naam van de student: Geboortedatum: Studentennummer:  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATIEGEGEVENS ATTESTEREND EXPERT**Naam:Datum:Handtekening:Stempel:  |

|  |
| --- |
| **DOSSIERGEGEVENS (in te vullen door de zorgcoördinator)**Opleiding/Faculteit/Campus:Datum ontvangst volledig dossier:  |

**Aard van de uitval**

De attesterend expert verklaart dat er zich bij de student volgende functie-uitval voordoet:

|  |
| --- |
| **□** **Enkelvoudige functiebeperking, op één van volgende lichaamsfuncties:** |
|  | **□** **Neuro- musculoskeletale en bewegingsgerelateerde functies** Indien de functiebeperking *geen* gevolg is van een chronische ziekte, psychiatrische aandoening of ontwikkelingsstoornis, moet verder de *attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met een motorische functiebeperking* ingevuld worden. |
| **□** **Auditieve functies** Indien de functiebeperking *geen* gevolg is van een chronische ziekte of psychiatrische aandoening, moet *de attesteringsbundel doelgroep studenten met een auditieve functiebeperking* ingevuld worden. |
| **□** **Visuele functies** Indien de functiebeperking *geen* gevolg is van een chronische ziekte of psychiatrische aandoening, moet verder studenten met een visuele functiebeperking ingevuld worden. |
| **□** **Cardiovasculaire, hematologische, immunologische en respiratoire functies****□** **Digestieve, metabolische en endocriene stelsel****□** **Genito-urinaire en reproductieve functies** Indien de functiestoornis een gevolg is van een chronische ziekte, moet verder de *attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met chronische ziekte* ingevuld worden. Indien de functiebeperking *geen* gevolg is van een chronische ziekte of psychiatrische aandoening, moet verder de attesteringsbundel voor *de doelgroep studenten met een overige functiebeperking* ingevuld worden. |
| **□** **Mentale functies** Indien de functiestoornis een gevolg is van een chronische ziekte, moet verder de *attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met een chronische ziekte* ingevuld worden. Indien de functiestoornis een gevolg is van een ontwikkelingsstoornis, moet verder *de attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met een ontwikkelingsstoornis* ingevuld worden. Indien de functiestoornis een gevolg is van een psychiatrische aandoening, moet verder *de attesteringsbundel voor studenten met een psychiatrische functiebeperkingen* ingevuld worden.Indien de functiestoornis *geen* gevolg is van chronische ziekte, psychiatrische aandoening of ontwikkelingsstoornis moet *de attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met een overige functiebeperking* ingevuld worden. |
| **□** **Overige:** **□** Stem- en spraakfuncties  **□** Pijnfuncties  **□** Functies van huid en aanverwante systemen Indien de functiestoornis *geen* gevolg is van een chronische ziekte, psychiatrische aandoening of ontwikkelingsstoornis, moet verder *de attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met een overige functiebeperking* ingevuld worden. |
| **□** **Enkelvoudige functiebeperking, de uitval is een gevolg van een chronische ziekte**: *De attesteringsbundel voor de doelgroep studenten met chronische ziekte* moet ingevuld worden. |
| **□** **Enkelvoudige functiebeperking, de uitval hangt samen met een psychiatrische aandoening:** *De attesteringsbundel voor studenten met een psychiatrische functiebeperking* moet ingevuld worden. |
| **□** **Meervoudige functiebeperking:** Indien de uitval meervoudig is, volstaat het van één van de corresponderende doelgroepspecifieke attesteringsbundels in te vullen. Indien gewenst kan andere doelgroepspecifieke informatie worden opgevraagd. |

# VLOR-FORMULIER (DEEL 2)

# STUDENTEN MET EEN MOTORISCHE FUNCTIEBEPERKING

Onderstaand formulier dient ingevuld te worden door de **(behandelend)** **arts** van de betreffende student. Het document wordt via de student aan de studentendienst terugbezorgd. De hier geattesteerde gegevens zullen conform de Belgische en Europese privacyregelgeving verwerkt worden en behandeld conform de bepalingen in het onderwijs- en examenreglement van de onderwijsinstelling.

Om studenten zo efficiënt mogelijk verder te helpen, wijzen we graag op volgende aandachtspunten bij het invullen van dit formulier.

* Het formulier moet volledig, objectief en grondig ingevuld worden.
* Het formulier moet door de bevoegd expert ingevuld worden.
* Zowel luik A als luik B moet voorzien zijn van de datum, de handtekening en de identificatie (stempel) van de bevoegd expert.

Documenten die niet aan deze voorwaarden voldoen, kunnen we niet aanvaarden.

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATIEGEGEVENS STUDENT** Naam van de student: Geboortedatum: Studentennummer:  |

|  |
| --- |
| **LUIK A****FUNCTIE-UITVAL** |

1. **Aard van de functie-uitval**

Ik ondergetekende, attesteer dat zich bij hogergenoemd persoon volgende uitval voordoet in de neuro- musculoskeletale en bewegingsgerelateerde functies

1. Functies van gewrichten en beenderen:
* beperkte mobiliteit/stabiliteit van ………………

(wil betreffende gewricht en/of beenderen benoemen)

* andere ………………..

0 Spierfuncties: spierkracht, tonus en uithoudingsvermogen van
(wil van onderstaande mogelijkheden omcirkelen wat van toepassing is)

* gedeeltelijke – volledige uitval van …………………………
* bovenste lidmaat/ledematen – onderste lidmaat/ledematen
* eenzijdig links, eenzijdig rechts, tweezijdig
* romp
* overige (specificeer): ……………………….

0 Bewegingsfuncties (wil specificeren): …………………………………

0 Andere: …………………………………

Deze uitval is een gevolg van: …………………………..

Er was tijdens het voorbije jaar en er is op dit moment volgende ziekteactiviteit en (para-) medische follow-up:

0 Ziekteactiviteit:

0 (Para-) medische follow-up:

1. **Gegevens voor registratie**

Ik bevestig dat bovenstaande functie-uitval een ernstige i**mpact** heeft **op schoolse activiteiten.** Deze impact op schoolse activiteiten wordt in luik B van dit formulier geattesteerd.

Ik bevestig hierbij tevens dat:

0 de aandoening en de functie-uitval **blijvend** is: er is een onbestaande of verwaarloosbare waarschijnlijkheid op verbetering (spontaan of na behandeling). De impact van de functiebeperking op het studeren is voor de hele studieloopbaan een gegevenheid.

0 (vermoedelijk) van **tijdelijke** aard is: er is een effectieve of te verwachten uitval of noodzaak tot preventieve opvolging van minstens 12 maanden, met een impact op schoolse activiteiten.

1. **Stempel, datum en handtekening van de (behandelend) arts**

Datum Stempel

Handtekening

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATIEGEGEVENS STUDENT** Naam van de student: Geboortedatum: Studentennummer:  |

|  |
| --- |
| **LUIK B****IMPACT OP SCHOOLSE ACTIVITEITEN** |

Hierbij attesteer ik dat de hogergenoemde student ten gevolge van ernstige motorische functiebeperkingen, beschreven in luik A van dit formulier, knelpunten ondervindt bij het opnemen van volgende schoolse activiteiten:

1. **Communicatie en informatieuitwisseling**
* **Schrijven** (schrijfmotoriek), m.i.v. **leesbaarheid** van het handschrift, **schrijftempo, schrijfduur en vermoeibaarheid bij het schrijven, nauwkeurig (detaillistisch) werken** bij het maken van tekeningen, werken met grafieken enz.

Knelpunten:

* **Spreken** (spraakmotoriek), m.i.v. **articulatie en verstaanbaarheid, spreektempo, vermoeibaarheid** bij langdurig praten.

Knelpunten:

1. **Mobiliteit**
* **Veranderen en behoud van lichaamshouding**, m.i.v. **gaan zitten, gaan staan, langdurig zitten** in eenzelfde houding (vb. tijdens colleges), **langdurig staan** (vb. aan een labo-tafel, bij het maken van bordoefeningen).

Knelpunten:

* **Dragen, verplaatsen en manipuleren van materiaal**, m.i.v. **optillen en dragen van materiaal** (vb. van boeken(tas), het nemen van boeken uit de rekken in de bibliotheek, enz.); **hand- en armgebruik** (vb. omdraaien van pagina, vlot verleggen van materiaal op bureaublad, bedienen van toetsenbord van de computer, enz.); **fijne handmotoriek** (vb. gebruik van rekenmachine, manipuleren van proefbuisjes, gebruik van meetlat, enz.).

Knelpunten:

* **(Op)lopen en bewegen** (loopmotoriek), m.i.v. **het zich verplaatsen in een gebouw** (inclusief openen deuren, liftgebruik enz.), **het zich verplaatsen over langere afstanden tussen gebouwen, het gebruik van het openbaar vervoer.**

Knelpunten:

1. **Andere**
* **Eventuele impact van algemene vermoeibaarheid en/of beschikbare energie en/of behandeling op de mogelijkheden tot het bijwonen van de lessen, studeren, ….:**

Knelpunten:

1. **Stempel, datum en handtekening van de (behandelend) arts**

Datum Stempel

Handtekening

1. *De procedure die gehanteerd wordt aan UCLL is gebaseerd op de werkwijze geadviseerd door de Vlor (Vlaamse Onderwijsraad): ‘Handleiding registratie studenten met een functiebeperking en bijbehorende formulieren’, Raad Hoger Onderwijs, 21 april 2015.* [↑](#footnote-ref-2)