

**VERWIJSFORMULIER
EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE**



CLIËNTGEGEVENS:

naam:.....
adres :
postcode:.....
woonplaats:.....
telefoonnummer:.....

geslacht: m / v
geb.datum:.....
BSN nummer:.....
Zorgverzekeraar:.....
Polisnummer:.....

VERWIJZING/MEDISCHE GEGEVENS, IN TE VULLEN DOOR HUISARTS OF SPECIALIST

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose(n) & beperkingen:

.....
.....

Prognose: o progressief o stationair o herstellend o niet bekend

Behandeling moet thuis plaats vinden o ja o nee

Vraagstelling

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> persoonlijke verzorging (ADL training) | <input type="checkbox"/> valpreventie |
| <input type="checkbox"/> huishoudelijk functioneren (HDL training) | <input type="checkbox"/> schrijftraining |
| <input type="checkbox"/> betaald / onbetaald werk | <input type="checkbox"/> vrije tijd, recreatie, sociale contacten |
| <input type="checkbox"/> woningaanpassing | <input type="checkbox"/> communicatiehulpmiddel |
| <input type="checkbox"/> trippelstoel | <input type="checkbox"/> mobiliteit/vervoer (rollator, rolstoel, scootmobiel) |
| <input type="checkbox"/> sta-op-fauteuil | <input type="checkbox"/> brace/spalk |
| <input type="checkbox"/> transferhulpmiddel | <input type="checkbox"/> leren omgaan met belasting/belastbaarheid |
| <input type="checkbox"/> houdingsadviezen/gewrichtsbeschermende adviezen | <input type="checkbox"/> mantelzorg ondersteuning |
| <input type="checkbox"/> anders | <input type="checkbox"/> arm- handfunctietraining |

Toelichting op probleem / vraagstelling

.....
.....
.....

Aanvullende gegevens

Andere betrokken hulpverleners/instanties:

Opmerkingen/urgentie:

Gegevens verwijzer (invullen of stempel)

specialisme:.....
naam:.....
adres:.....
pc./woonplaats:
telefoonnummer:.....

Datum verwijzing:.....

HANDTEKENING:

Datum binnenkomst ergotherapie: