

**VERWIJSFORMULIER
EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE**



CLIËNTGEGEVENS:

naam:
adres :
pc./woonplaats:
telefoonnr.:

geslacht: m / v
geb.datum:
zorgverzekeraar:
polisnr:

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose(n) & prognose:

HULPVRAAG CLIËNT OP HET GEBIED VAN :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zelfredzaamheid:
<input type="checkbox"/> persoonlijke verzorging
<input type="checkbox"/> mobiliteit / vervoer
<input type="checkbox"/> organisatie van het huishouden | <input type="checkbox"/> Vrijtijdsbesteding:
<input type="checkbox"/> actieve/passieve recreatie
<input type="checkbox"/> sociale contacten |
| <input type="checkbox"/> Productiviteit:
<input type="checkbox"/> arbeid <input type="checkbox"/> huishouden <input type="checkbox"/> school <input type="checkbox"/> spel | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: |

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

- Ergotherapeutische diagnostiek
- Trainen/begeleiden van het handelen
- Cliënt(system)gericht adviseren

Aanvullende gegevens

Opmerkingen m.b.t. de problemen in de handelingsgebieden van de cliënt:

Andere betrokken hulpverleners/instanties:

Andere relevante gegevens:

Gegevens verwijzer (invullen of stempel)

specialisme:
naam:
adres:
pc./woonplaats:
telefoonnr.:
faxnr.:
e-mail adres:
tijdstip/dag telefonisch te bereiken:

Datum verwijzing:

HANDTEKENING:

Datum binnenkomst ergotherapie:
