

VERWIJSFORMULIER EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE



Kinderen, jongeren & volwassenen

CLIËNTGEGEVENS:

Achternaam: Voorletters:
Adres:
PC./Woonplaats:
Telefoon:
BSN nr.:

Geslacht: m v
Geboortedatum:
Zorgverzekeraar:
Verzekeringsnummer:

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische Diagnose(n) & prognose:

HULPVRAAG/ZORGVRAAG CLIËNT LIGT OP HET GEBIED VAN:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Zelfredzaamheid:</i>
<input type="checkbox"/> persoonlijke verzorging
<input type="checkbox"/> mobiliteit/vervoer
<input type="checkbox"/> organisatie van het huishouden | <input type="checkbox"/> <i>Vrijtijdsbesteding:</i>
<input type="checkbox"/> actieve/passieve recreatie
<input type="checkbox"/> sociale contacten |
| <input type="checkbox"/> <i>Productiviteit</i>
<input type="checkbox"/> arbeid
<input type="checkbox"/> huishouden | <input type="checkbox"/> <i>Begeleiding van kinderen</i>
school en spel:
<input type="checkbox"/> schrijven
<input type="checkbox"/> inslijpen van fijnmotorische patronen
<input type="checkbox"/> zelfstandigheid/ zelfredzaamheid
<input type="checkbox"/> concentratie en gerichte aandacht
<input type="checkbox"/> structuur in de handelingen
<input type="checkbox"/> |

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

- Ergotherapeutische diagnostiek
 Trainen/begeleiden van het handelen
 Cliënt(systeem)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/Plaats:
Telefoon:
Email:

Datum verwijzing:

Handtekening: