

Datum binnenkomst ergotherapie: _____

Cliëntgegevens

Naam (incl meisjesnaam) Hr/ Mw
 Geboortedatum
 Adres
 Postcode + Woonplaats
 Telefoonnummer BSN-nummer
 Ziektekostenverzekeraar Polisnummer
 UZOVI-code

Aanvrager

Naam
 Telefoonnummer
 Wanneer bereikbaar
 E-mail adres

Relevante betrokken hulpverleners

Gezinsverzorging
 Fysiotherapie
 Wijkverpleging
 Anders

Vraagstelling

	advies ¹	instructie ²	behandeling ³		
<input type="checkbox"/> persoonlijke verzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> huishoudelijk functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> betaald / onbetaald werk (arbo=werkgever)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> spel / school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> vrije tijd, recreatie, sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nieuw	bestaand
<input type="checkbox"/> woningaanpassing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trippelstoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sta-op-fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> communicatiehulpmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> transferhulpmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> spalk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verplaatsingsmiddel					
<input type="checkbox"/> fiets	<input type="checkbox"/> 2 wiel	<input type="checkbox"/> 3 wiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rolstoel	<input type="checkbox"/> binnen	<input type="checkbox"/> buiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> elektr. rolstoel	<input type="checkbox"/> binnen	<input type="checkbox"/> buiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> scootmobiel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹) advies ter ondersteuning van een voorziening
²) instructie geven over voorzieningen
³) trainen/begeleiden van het handelen zoals ergonomie, belasting/belastbaarheid

Toelichting op probleem / vraagstelling

.....

Medische gegevens

IN TE VULLEN DOOR ARTS

Diagnose en beperkingen
 Prognose: progressief stationair herstellend niet bekend

Gegevens arts (invullen of stempel)

Naam Datum verwijzing:.....
 Adres HANDTEKENING
 Postcode + woonplaats
 Telefoonnummer

Z.O.Z.

⇒ Deze aanvraag moet altijd door de verwijzende arts ondertekend worden.