

## Verwijsformulier Extramurale Ergotherapie

### CLIËNTGEGEVENS

Naam: \_\_\_\_\_

Geslacht:  man  vrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Pc./woonplaats: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

Telefoonnr.: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

### DIAGNOSTISCHE GEGEVENS

Medische diagnose(n) & prognose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HULPVRAAG CLIËNT OP HET GEBIED VAN

Zelfredzaamheid:

- Persoonlijke verzorging
- Mobiliteit/vervoer
- Organisatie van het huishouden

Vrijtijdsbesteding:

- Actieve/passieve recreatie
- Sociale contacten

Productiviteit:

- Arbeid
- School

Anders, namelijk:

- Huishouden
- Spel

### 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: : \_\_\_\_\_

Datum verwijzing: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Pc./woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnr.: \_\_\_\_\_

Faxnr.: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Tijdstip/dag telefonisch te bereiken: \_\_\_\_\_

HANDTEKENING: \_\_\_\_\_