



Verwijsformulier Eerstelijns Ergotherapie

- Kinderen
- Jong volwassenen
- Mensen met een verstandelijke en/ of lichamelijke handicap

CLIËNTGEGEVENS

Naam:	<input type="text"/>	Geslacht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:	<input type="text"/>	Geboortedatum:	<input type="text"/>
Postcode:	<input type="text"/>	BSN:	<input type="text"/>
Woonplaats:	<input type="text"/>	Zorgverzekeraar:	<input type="text"/>
Telefoon:	<input type="text"/>	Polisnummer:	<input type="text"/>

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose & prognose:

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

- Behandeling aan huis Behandeling in praktijk
- Ergotherapeutische diagnostiek
- Begeleiding aanvraagtraject woningaanpassing / voorzieningen (o.a. rolstoel, douchestoel)
- Trainen/begeleiden van vaardigheden (evt. met hulpmiddelen)
- Adviseren mantelzorg / betrokkenen
- Kinderergotherapie
- Sensorische Informatieverwerkingstherapie (SI)
- Multidisciplinaire behandeling

AANVULLENDE GEGEVENS:

Opmerkingen m.b.t. de problemen in het dagelijks leven van de cliënt:

Andere betrokken hulpverleners / instanties:

LET OP! Formulier dient ondertekend te zijn door arts/ specialist

GEGEVENS VERWIJZER:

Specialisme:	<input type="text"/>	Datum verwijzing:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>	HANDTEKENING: <input type="text"/>	
Adres:	<input type="text"/>		
Postcode:	<input type="text"/>		
Plaats:	<input type="text"/>		
Telefoon:	<input type="text"/>		
Fax:	<input type="text"/>		
E-mail adres:	<input type="text"/>		

Dit formulier verzenden naar:
LEF Ergotherapie
Roerdomplaan 6
3084 NM Rotterdam

E-mail: info@lefergotherapie.nl
Internet: www.lefergotherapie.nl
Telefoon: 010 7858559
06 12430216/ 06 22931392