

PERSOONSGEGEVENS

Achternaam: Voorletters:
Geboortedatum: M ☐ V ☐
Adres:
PC/woonplaats: Telefoonnummer:
Zorgverzekeraar: Polisnummer:
BSN nummer: Huisarts:

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS

Medische diagnose(n) en prognose:

.....
.....

De problemen van de cliënt / hulpvraag cliënt liggen op het gebied van:

- ☐ Zelfredzaamheid (zelfverzorging, vervoer / mobiliteit, organisatie van het huishouden)
☐ Productiviteit (arbeid, huishouden, school)
☐ Ontspanning (vrije tijdsbesteding, sociale contacten)
☐ Bij kinderen (schrijven, fijne motoriek, zelfredzaamheid, concentratie/prikkelverwerking, planmatig werken)
☐ Anders

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE

- ☐ Ergotherapeutische diagnostiek
☐ Begeleiden aanvraag hulpmiddelen/voorzieningen/woningaanpassing
☐ Behandeling aan huis
☐ Trainen / begeleiden van het handelen
☐ Adviseren cliënt(systeem)

AANVULLENDE GEGEVENS

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

.....

Andere betrokken hulpverleners / instanties:

.....

GEGEVENS VERWIJZER (stempel)

Naam:
Specialisme:
Adres:
PC/woonplaats:
Telefoonnummer:
Email:

Datum verwijzing:

Handtekening arts:

Stuur dit formulier naar:

VOSERGO Ergotherapiepraktijk, Zonstraat 5, 7553 DV te Hengelo

Datum binnenkomst ergotherapie: