

Aanvraagformulier ergotherapieDatum binnenkomst
verwijzing:**Cliëntgegevens**

Naam en meisjesnaam: Dhr. / Mw. _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ BSN-nummer: _____

Ziektekostenverzekeraar: _____ Polisnummer: _____

Aanvrager

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Wanneer bereikbaar: _____

E-mail adres: _____

Betrokken hulpverleners

(Para)medici: _____

Wijkverpleging: _____

Anders: _____

Vraagstelling

- Persoonlijke verzorging
- Huishoudelijk functioneren
- Werk / studie
- Vrije tijd / sociale contacten
- Woningaanpassingen
- Valpreventie
- Communicatiehulpmiddel
- Brace
- Advisering mantelzorger /
professionele verzorger

- Transferhulpmiddel
- Verplaatsing binnenshuis
 - trippelstoel
 - sta-op-fauteuil
 - rollator
 - (elektrische) rolstoel
 - anders: _____
- Mobiliteit/vervoer buitenshuis
 - (aangepaste) fiets
 - rollator
 - (elektrische) rolstoel
 - scootmobiel
 - anders: _____

Toelichting: _____

_____**Medische gegevens** (in te vullen door arts)

Diagnose en beperkingen: _____

Prognose: progressief / stationair / herstellend / niet bekend

Gegevens arts (a.u.b. invullen of stempel zetten)

Naam: _____

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ Verwijsdatum: _____

Handtekening arts: _____