**VERWIJSFORMULIER**

**EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE**

**Cliënt gegevens:**

Naam: m/v Geboortedatum:

Adres: zorgverzekeraar:

PC/ woonplaats: polisnummer:

Telefoonnummer: BSN-nummer:

**Medische diagnose (ontstaan d.d.) & prognose**

**Hulpvraag**

* Zelfredzaamheid (persoonlijke verzorging, mobiliteit/verplaatsingsmogelijkheden)
* Productiviteit (arbeid, huishouden, spel/school)
* Vrije tijdsbesteding (passieve en actieve recreatie, sociale contacten)
* Evaluatie woning
* Anders, namelijk:

**Probleemstelling:**

**Reden aanvraag ergotherapie:**

* Ergotherapeutische diagnostiek
* Trainen/ begeleiden van het handelen
* Cliënt (systeem) gericht adviseren

**Aanvullende gegevens/ opmerkingen:**

**Andere betrokken hulpverleners/ instanties:**

**Behandeling na ontslag uit:**

**Verwijzer**

Specialisme: Datum verwijzing:

Naam: **HANDTEKENING VERWIJZER:**

Adres:

PC/woonplaats:

Telefoonnummer:

 E-mailadres: ------------------------------------

 Tijdstip/ dag telefonisch te bereiken:

 Datum binnenkomst ergotherapie (in te vullen door ergotherapeut)