Praxis Ergotherapie

Kerklaan 1

2959 BR Streefkerk

ergotherapiepraktijkpraxis@gmail.com

**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:

Adres: **HANDTEKENING VERWIJZER**

PC/woonplaats:

Telefoonnummer:

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

Tijdstip/ dag telefonisch te bereiken:

Datum binnenkomst ergotherapie (in te vullen door ergotherapeut)