



Stuur dit formulier ingevuld naar: [info@ergoandebraassem.nl](mailto:info@ergoandebraassem.nl)

## Clientgegevens

Naam: \_\_\_\_\_ Geslacht:  M  V  
Adres: \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

## Diagnostische gegevens

Medische diagnose(n) en prognose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Reden verwijzing ergotherapie:

Beperkingen op het gebied van:

- |                                                     |                                                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging    | <input type="checkbox"/> Betaald/onbetaald werk    | <input type="checkbox"/> Passieve recreatie |
| <input type="checkbox"/> Functionele mobiliteit     | <input type="checkbox"/> Uitvoering v/h huishouden | <input type="checkbox"/> Actieve recreatie  |
| <input type="checkbox"/> Organisatie v/h huishouden | <input type="checkbox"/> Spel/School               | <input type="checkbox"/> Sociale contacten  |

Toelichting:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Overige betrokken instanties/hulpverleners:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Overige belangrijke informatie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gegevens verwijzend arts

Specialisme: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_  
Voorletters en \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
achternaam: \_\_\_\_\_  
AGB code verwijzer: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_  
Praktijk/instelling: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_

Datum verwijzing: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_