



## Verwijsformulier naar Ergotherapiepraktijk Irmgard Odijk

### Cliëntgegevens:

naam m/v:

geboortedatum:

adres:

zorgverzekeraar:

postcode en plaats:

polisnummer:

telefoonnummer:

BSN:

### Diagnostische gegevens:

### Hulpvraag:

#### Te denken valt aan:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> belasting- belastbaarheid         | <input type="checkbox"/> ADL                    |
| <input type="checkbox"/> sensorische integratie            | <input type="checkbox"/> spel                   |
| <input type="checkbox"/> fiets-/scootmobieltraining        | <input type="checkbox"/> schrijven              |
| <input type="checkbox"/> mobiliteit/ vervoer               | <input type="checkbox"/> fijne motoriektraining |
| <input type="checkbox"/> taststoktraining                  | <input type="checkbox"/> schoolse vaardigheden  |
| <input type="checkbox"/> hulp bij verkrijgen hulpmiddelen  | <input type="checkbox"/> handfunctietraining    |
| <input type="checkbox"/> huishoudelijke vaardigheden       | <input type="checkbox"/> arbeid                 |
| <input type="checkbox"/> organisatie van het huishouden    | <input type="checkbox"/> werkplekonderzoek      |
| <input type="checkbox"/> cliëntgericht adviseren           | <input type="checkbox"/> training: .....        |
| <input type="checkbox"/> ondersteuning in palliatieve fase | <input type="checkbox"/> anders: .....          |

**Locatie:**  in de praktijk  aan huis  op de werkplek  op school

### Aanvullende gegevens:

A.u.b. de medicatielijst toevoegen indien dit van invloed zou kunnen zijn.

### Gegevens verwijzer:

Specialisme:

datum verwijzing:

BIG regnr. verwijzer:

Zorgmail/ e-mailadres:

naam:

adres:

**HANDTEKENING:**

postcode, woonplaats:

**STEMPEL:**

telnr: