

## VERWIJFSFORMULIER EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE

### CLIËNTGEGEVENS:

naam:

adres :

pc./woonplaats:

telefoonnr.:

geslacht:  m /  v

geb.datum:

zorgverzekeraar:

polisnummer:

BSN-nr.:

### DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose(n) & prognose:

### HULPVRAAG CLIËNT OP HET GEBIED VAN :

Zelfredzaamheid:  
 persoonlijke verzorging -  mobiliteit / vervoer -  
 organisatie van het huishouden

Vrijtijdsbesteding:  
 actieve/passieve recreatie  
 sociale contacten

Productiviteit:  
 arbeid -  huishouden -  school -  spel

Anders, namelijk:

### REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

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

---

### **Aanvullende gegevens**

Opmerkingen m.b.t. de problemen in de handelingsgebieden van de cliënt:

Andere betrokken hulpverleners/instanties:

Andere relevante gegevens:

---

### **Gegevens verwijzer** (invullen of stempel)

specialisme:

naam:

adres:

pc./woonplaats:

telefoonnr.:

faxnr.:

e-mail adres:

tijdstip/dag telefonisch te bereiken:

Datum verwijzing:

HANDTEKENING:

Datum binnenkomst ergotherapie:

Formulier retour aan;

Ergotherapie Voorschoten of [info@ergotherapievoorschoten.nl](mailto:info@ergotherapievoorschoten.nl)  
Jan Evertsenlaan 2  
2253 XG Voorschoten