



## VERWIJFSFORMULIER EERSTELIJS ERGOTHERAPIE

KINDERERGOTHERAPIE REGIO ZWIJNDRECHT, HI AMBACHT, HEERJANSDAM EN DRECHTSTEDEN

### CLIËNTGEGEVENS

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Geslacht:

m  v

Geboortedatum:

BSN:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

### DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose & prognose:

### REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

- Ergotherapeutische diagnostiek
- Begeleiding aanvraagtraject woningaanpassing / voorzieningen (o.a. rolstoel, schoolmeubilair)
- Trainen/begeleiden van vaardigheden (evt. met hulpmiddelen)
- Adviseren mantelzorg / betrokkenen
- Kinderergotherapie
- Sensorische Informatieverwerkingstherapie (SI)

### HULPVRAAG:

Zelfredzaamheid, vrije tijd, school, spel:

---

### AANVULLENDE GEGEVENS:

Opmerkingen m.b.t. de problemen in het dagelijks leven van de cliënt:

Andere betrokken hulpverleners / instanties:

Andere relevante gegevens:

---

### GEGEVENS VERWIJZER (INVULLEN OF STEMPEL):

Specialisme:

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoon:

Fax:

E-mail adres:

Datum verwijzing:

HANDTEKENING:

*Verwijzing sturen naar onderstaand adres.*