

## VERWIJFSFORMULIER EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE

### CLIËNTGEGEVENS:

naam:  
adres :  
pc./woonplaats:  
telefoonnr.:

geslacht:  m /  v  
geb.datum:  
zorgverzekeraar:  
 ziekenfonds  particulier  
nr.:

### DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose(n) & prognose:

### HULPVRAAG CLIËNT OP HET GEBIED VAN :

- Zelfredzaamheid:**  
 persoonlijke verzorging -  mobiliteit / vervoer -  
 organisatie van het huishouden
- Productiviteit:**  
 arbeid -  huishouden -  school -  spel

- Vrijtijdsbesteding:**  
 actieve/passieve recreatie  
 sociale contacten
- 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: