

## VERWIJSFORMULIER EXTRAMURALE ERGOTHERAPIE

### Cliëntgegevens:

Naam: Geslacht:  
Adres: Geb.datum:  
Postcode/woonplaats: Zorgverzekeraar:  
Telefoonnummer: Nr. zorgverzekeraar  
BSN:

### Diagnostische gegevens:

Medische diagnose(n) & prognose:

### Hulpvraag cliënt op het gebied van:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Wonen:</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Vrije tijd:</b>         |
| <input type="checkbox"/> zelfverzorging                   | <input type="checkbox"/> actieve/passieve recreatie |
| <input type="checkbox"/> functionele mobiliteit           | <input type="checkbox"/> sociale contacten          |
| <input type="checkbox"/> huishouden                       |   |
| <input type="checkbox"/> zorg voor gezinsleden/huisdieren |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Werken:</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>Anders, namelijk:</b>   |
| <input type="checkbox"/> betaald werk                     |   |
| <input type="checkbox"/> onbetaald werk                   |   |

### Reden aanvraag ergotherapie:

- Ergotherapeutische diagnostiek
- Trainen/begeleiden van het handelen
- Cliënt(systeme)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)

Naam:  
Adres:  
Postcode/woonplaats:

Datum verwijzing:

HANDTEKENING:

Telefoonnummer  
Tijdstip/dag telefonisch bereikbaar: