



Verwijsformulier Eerstelijns Ergotherapie

- Prematuur geboren kinderen van 0-4 jaar
- Kinderen van 0-4 jaar oud met een veranderde ontwikkeling/ ontwikkelingsachterstand
- Kinderen > dan 4 jaar oud met een klinische diagnose waarvoor kindergoetherapie geadviseerd wordt (Down Syndroom, Autisme, Verstandelijke Beperking)
- Kinderen met uitdagingen betreft de hechting
- Kinderen met uitdagingen vanwege een veranderde Sensorische Informatieverwerking (SI).

CLIËNTGEGEVENS

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Geslacht:

m v

Geboortedatum:

BSN:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische diagnose & prognose:

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

Behandeling Aan huis

Ergotherapeutische diagnostiek

Begeleiding aanvraagtraject woningaanpassing / voorzieningen (o.a. rolstoel, douchestoel)

Trainen/begeleiden van vaardigheden (evt. met hulpmiddelen)

Adviseren mantelzorg / betrokkenen

Kinderergotherapie

Sensorische Informatieverwerkingstherapie (SI)

Multidisciplinaire behandeling

AANVULLENDE GEGEVENS:

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

Andere betrokken hulpverleners / instanties:

LET OP! Formulier dient ondertekend te zijn door arts/ specialist

GEGEVENS VERWIJZER:

Specialisme:

Naam:

Datum verwijzing: - - 20.....

Adres:

Postcode:

HANDTEKENING:

Plaats:

Telefoon:

Fax:

E-mailadres:

Dit formulier verzenden naar: LEF Ergotherapie
Dorpsstraat 53
3171 EE Poortugaal

Tel.no: 06 12430216/ 06 22931392
E-mail: info@lefergotherapie.nl
Website: www.lefergotherapie.nl