

## Verwijzing Ergotherapie Eindhoven

### Cliëntgegevens

Naam: dhr./ mevr. .... Geb. datum: ...-...-.....  
 Adres: .....  
 Postcode + woonplaats: .....  
 Telefoonnummer: ..... Mobiel: .....  
 BSN: .....  
 Zorgverzekering: ..... Polisnummer: .....

### Hulpvraag / vraagstelling

- persoonlijke verzorging
- huishoudelijk functioneren
- vrije tijd/ontspanning
- arbeid
- leefstijladvies / belasting – belastbaarheid
- advies woning(aanpassing)
- advies m.b.t. verplaatsingsbehoefte
- houdingsadvies
- advies en aanvraag hulpmiddel/voorziening overig
- anders, nl .....

### Toelichting hulpvraag / vraagstelling

.....  
 .....  
 .....

### Medische gegevens

Diagnose: .....  
 Mogelijkheden en beperkingen: .....  
 .....  
 Prognose:  progressief  stationair  herstellend  onbekend

### Gegevens arts / verwijzer (invullen of stempel)

Naam: .....  
 Adres: .....  
 Postcode + woonplaats: .....  
 Telefoonnummer: ..... Handtekening: .....  
 Datum verwijzing: .....

|   |   |
|---|---|
| Verwijzing opsturen naar:                                 | Ergotherapie Eindhoven<br>T.a.v. M. Jansen<br>Peter van Anrooylaan 5<br>5654 MA Eindhoven |
| Of verwijzing meegeven aan cliënt en contact opnemen via: | Telefoon: 06-45645822<br>E-mail: info@ergotherapie-eindhoven.nl                           |