

AANVRAAGFORMULIER enkelvoudige extramurale **ERGOTHERAPIE**

Cliënt

Naam Hr/Mw.....
 Geboortedatum
 Adres
 Postcode + Woonplaats
 Telefoonnummer
 ZiektekostenverzekeraarPolisnummer

Aanvrager

Relevante betrokken hulpverleners

Naam	<input type="checkbox"/> Gezinsverzorging
Telefoonnummer	<input type="checkbox"/> Fysiotherapie
Wanneer bereikbaar	<input type="checkbox"/> Wijkverpleging
E-mail adres	<input type="checkbox"/> Anders

Vraagstelling

Advies₁ Instructie₂ Behandeling₃

<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) Advies ter ondersteuning van een voorziening
<input type="checkbox"/> Huishoudelijk functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) Instructie geven over voorziening
<input type="checkbox"/> Schrijf problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) Trainen/begeleiden van het handelen zoals
<input type="checkbox"/> Belasting-belastbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ergonomie, belasting/belastbaarheid.
<input type="checkbox"/> Vrije tijd, recreatie, sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieuw Bestaand
<input type="checkbox"/> Woning aanpassing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trippelstoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sta-op fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Werkplekonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Valpreventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Communicatie hulpmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transferhulpmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brace/Spalk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verplaatsingsmiddel				
<input type="checkbox"/> Fiets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rolstoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elektr. Rolstoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scootermobiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Algemene inventarisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toelichting op probleem / vraagstelling

.....

Medische gegevens

IN TE VULLEN DOOR ARTS

Diagnose en beperking

Prognose Progressief Stationair Herstellend Niet bekend

Datum: Handtekening en naamstelling