|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ergo Dichtbij Amsterdam NoordDistelweg 851031 HD Amsterdam06-26975610info@ergodichtbij.nlergodichtbij@zorgmail.nl | Ergo Dichtbij Amsterdam Centrum-OostLaagte Kadijk 411018 BB Amsterdam06-26975610info@ergodichtbij.nlergodichtbij@zorgmail.nl | Ergo Dichtbij Castricum e.o.Overtoom 151901 EW Castricum06-14473565info@ergodichtbij.nlergodichtbij@zorgmail.nl |

**Verwijsformulier Eerste Lijn Extramurale Ergotherapie**

**Cliëntgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Geslacht m/v: |
| Adres: | BSN: |
| Postcode: | Geboortedatum: |
| Woonplaats: | Zorgverzekeraar: |
| Telefoonnummer: | Polisnummer: |

**Diagnostische gegevens**

medische diagnose(n) en prognose:

|  |
| --- |
|  |

**Behandelpakketten**

|  |
| --- |
| □ Hand-/pols problematiek:  |
| Veilig zelfstandig thuis wonen □ valpreventie en valanalyse□ risico inventarisatie en advies woning□ aanvraag woningaanpassing  |
| Thuis met cognitieve problemen □ screening cognitie□ behandeling en praktische adviezen dagelijks functioneren□ advies hulpmiddelen□ begeleiding aanvraag hulpmiddelen |
| Zelfredzaam zijn □ training ADL□ advies hulpmiddelen□ begeleiding aanvraag hulpmiddelen |
| Actief en mobiel blijven □ advies mobiliteit□ aanvraag rolstoel of scootmobiel□ advies en begeleiding |
| Ondersteunen van mantelzorg□ advies over ondersteuning naaste□ begeleiding aanvraag hulpmiddelen□ voorlichting geven |

**Andere betrokken zorgverleners:**

**Andere relevante gegevens:**

**Datum verwijzing: Naam verwijzer:**

 **Handtekening/stempel:**