|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ergo Dichtbij Amsterdam Noord  Distelweg 85  1031 HD Amsterdam  06-26975610  [info@ergodichtbij.nl](mailto:info@ergodichtbij.nl)  ergodichtbij@zorgmail.nl | Ergo Dichtbij Amsterdam Centrum-Oost  Laagte Kadijk 41  1018 BB Amsterdam  06-26975610  [info@ergodichtbij.nl](mailto:info@ergodichtbij.nl)  ergodichtbij@zorgmail.nl | Ergo Dichtbij Castricum e.o.  Overtoom 15  1901 EW Castricum 06-14473565  [info@ergodichtbij.nl](mailto:info@ergodichtbij.nl)  ergodichtbij@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:**