



PRAKTIJK VOOR  
Ergotherapie Lammers

## **Verwijsformulier Deel 1**

### **Cliëntgegevens:**

Naam : m/v  
Adres :  
Postcode/woonplaats :  
Tel.nr. : geb.datum :  
Zorgverzekering : Inschrijfnummer:  
BSN :

### **Medische diagnose(n) (ontstaan d.d.) & prognose:**

### **Hulpvraag:**

Problemen op het gebied van:

- Zelfverzorging (persoonlijke verzorging, mobiliteit/verplaatsingsmogelijkheden)
- Productiviteit (arbeid, huishouden, spel/school)
- Vrijtijdsbesteding (passieve recreatie, actieve recreatie, socialiseren/intermenselijk verkeer)
- anders, namelijk:

### **Probleemstelling:**

#### **Reden aanvraag ergotherapie:**

- Ergotherapeutische diagnostiek
- advies/instructie
- Trainen/oefenen

#### **Behandeling na ontslag:**

- nee
- ja, namelijk na ontslag uit:  dagbehandeling  
 polikliniek

### **Andere betrokken hulpverleners:**

### **Opmerkingen/urgentie:**

#### **Verwijzer:**

Specialisme :  
Naam :  
Adres :  
Postcode/woonplaats :  
Tel.nr. :

**Datum aanmelding :**

**Tijdstip/dag telefonisch te bereiken:**

**Handtekening:**

Opsturen: **Praktijk voor Ergotherapie Lammers**  
Postadres: **Havikstraat 46**  
**6971 VZ Brummen**