

## Verwijsformulier Eerstelijns Ergotherapie Ergo-perspectief

Maria Wesselingstraat 8, 3065 GA Rotterdam.

tel.nr. 06 43 17 29 70, fax nr. 084-83 81 530

e-mail: g.welvaadt@ergoperspectief.nl



### Cliëntgegevens

Naam: \_\_\_\_\_ Geslacht: M / V \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnr: \_\_\_\_\_ Polisnr: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_

### Diagnostische gegevens: Medische diagnose en prognos

---

---

---

### Hulpvraag op het gebied van:

#### *Zelfredzaamheid*

- persoonlijke verzorging
- mobiliteit
- organisatie van huishouden

#### *Productiviteit*

- arbeid
- huishouden
- school

#### *Vrijtijdsbesteding*

- actieve/passieve recreatie
- sociale contacten

#### *Reden aanvraag ergotherapie*

- ergotherapeutische diagnostiek
- trainen/begeleiden
- adviseren
- aanvraag hulpmiddelen

### Aanvullende gegevens

---

---

### Andere betrokken hulpverleners/instanties

---

---

### Gegevens verwijzer/Stempel

Naam : \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Tel nr.: \_\_\_\_\_

Datum verwijzing: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_