



VERWIJSFORMULIER EERSTELIJNS EXRAMURALE ERGOTHERAPIE (EEE)

Cliëntgegevens

Naam : _____ Geslacht : _____
Adres : _____ Geboorte datum: ____ - ____ - ____
PC / Woonplaats: _____ BSN : _____
Telefoon : _____ Afdeling : _____
Verzekering : _____ Verzekeringsnummer: _____

Hulpvraag cliënt op gebied van:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zelfredzaamheid | <input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging |
| <input type="checkbox"/> Productiviteit | <input type="checkbox"/> Functionele mobiliteit / Transfers / Vervoer / Rolstoel |
| <input type="checkbox"/> Ontspanning | <input type="checkbox"/> Organisatie van het huishouden |
| <input type="checkbox"/> Wonen, namelijk | <input type="checkbox"/> Arbeid (betaald of onbetaald) |
| <input type="checkbox"/> Overig | <input type="checkbox"/> Huishouden |
| | <input type="checkbox"/> School / Spel |
| | <input type="checkbox"/> Actieve recreatie |
| | <input type="checkbox"/> Passieve recreatie |
| | <input type="checkbox"/> Sociale contacten |
| | : _____ |
| | : _____ |

Aanvullende gegevens:

Opmerking m.b.t. de problemen in de handelingsgebieden van de cliënt:

Andere betrokken hulpverleners / instanties:

Andere relevante gegevens:

Gegevens verwijzer: (invullen of stempel)

Specialisme : _____
Naam : _____
Adres : _____
PC / Woonplaats: _____
Telefoon : _____
Fax : _____
E-mailadres : _____
Tel. bereikbaar op dag/tijdstip: _____

Datum verwijzing: ____ - ____ - ____

Handtekening:

Ruimte voor stempel