

**VERWIJSFORMULIER ENKELVOUDIGE  
EXTRAMURALE KINDER- ERGOTHERAPIE**



CLIËNTGEGEVENS:

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
PC./Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
**BSN nr.:** \_\_\_\_\_

Geslacht:  m  v  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTISCHE GEGEVENS:

Medische Diagnose(n) & prognose: \_\_\_\_\_

HULPVRAAG/ZORGVRAAG CLIËNT LIGT OP HET GEBIED VAN:

- Zelfredzaamheid:*
- persoonlijke verzorging
  - mobiliteit/vervoer
  - organisatie van het huishouden
- Productiviteit*
- arbeid
  - huishouden

- Vrijtijdsbesteding:*
- actieve/passieve recreatie
  - sociale contacten

***Begeleiding van kinderen***

- school en spel:
- schrijven
  - inslijpen van fijnmotorische patronen
  - zelfstandigheid/ zelfredzaamheid
  - concentratie en gerichte aandacht
  - structuur in de handelingen
  - .....

REDEN AANVRAAG ERGOTHERAPIE:

- Ergotherapeutische diagnostiek
- Trainen/begeleiden van het handelen
- Cliënt(system)gericht adviseren

Aanvullende gegevens: \_\_\_\_\_

Opmerkingen 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/Plaats: Telefoon: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

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

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