



VERWIJZING NAAR REVALIDATIEARTS

Voor vragen bel [033] 204 80 08

Gegevens cliënt

| | | | |
|---------------|------------|----------------|--|
| Naam | Dhr. Mevr. | | |
| Adres | | | |
| Postcode | | Woonplaats | |
| Geboortedatum | | | |
| BSN | | Telefoonnummer | |
| E-mail | | | |

Beste collega, gaarne verwijs ik patiënt(e) voor medisch specialistische revalidatie in verband met volgende diagnose:

Mocht bovenstaande vlak niet groot genoeg zijn voor voorgeschiedenis dan graag extra bijlage toevoegen.

Er is sprake van Matched care (eerstelijns behandeling n.v.t.)

Er is sprake van Stepped care, patiënt is eerder onder behandeling geweest bij fysiotherapeut en/of ergotherapeut en/of psycholoog zonder dat dit blijvende verbetering opgeleverd heeft t.a.v. de eerder genoemde klacht(en).

Er is sprake van meervoudig complexe problematiek, waarbij een interdisciplinair behandeltraject noodzakelijk is.

Gegevens verwijzer

| | | | |
|---------------------|------------|----------------|--|
| Naam | Dhr. Mevr. | | |
| Praktijk/instelling | | | |
| Adres | | | |
| Postcode | | Plaats | |
| AGB-code* | | Telefoonnummer | |
| Datum* | | | |
| Handtekening* | Stempel* | | |

**een verwijzing zonder datum, AGB-code, stempel en handtekening wordt door een verzekeraar niet als een geldige verwijzing beoordeeld*