



VERWIJZING NAAR REVALIDATIEARTS

Voor vragen bel [040] 311 11 50

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*			Stempel*
Handtekening*			

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