



## 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 verwijst 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*