

Verwijsformulier voor handtherapie



Handencentrum
OOST

Gegevens verwijzend arts

Voorletter(s) en achternaam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Specialisme:

Cliëntgegevens

Voorletter(s) en achternaam:

m/v

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

BSN:

Telefoon: 0612909171
Locatie Doetinchem
Fabriekstraat 14
7005 AR Doetinchem
Locatie Lobith
Markt 5
6915 AH Lobith
Locatie Zevenaar
Zonegge 24-01
6903HH Zevenaar
info@handencentrumoost.nl

Medische diagnose: *(bevindingen, X-onderzoek, reeds ingezette behandeling)*

Reden verwijzing:

- Diagnostiek
handfunctieanalyse/sensibiliteitsonderzoek
- Behandeling
Gewrichts/spiercontracturen/schrijftraining/littekenmanagement/oefentherapie_
- Training / Begeleiding op gebied van:
 - Zelfredzaamheid
 - Productiviteit
 - Vrijtijdsbesteding
- Cliënt / systeem gerichte advisering:
- Anders, namelijk:

Ondertekening

Datum:

Handtekening arts: