

Verwijs-/aanvraagformulier paramedische hulp

Machtigingsnummer

Gegevens verzekerde

Naam en voorletters

Straat en huisnummer

Postcode/Plaats

Geboortedatum en geslacht

Verzekerdenummer

Aanvraag behandeling/begeleiding

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> consult met rapportage | <input type="checkbox"/> fysiotherapie | <input type="checkbox"/> oedeemtherapie |
| <input type="checkbox"/> groepsbehandeling | <input type="checkbox"/> manuele therapie | (oedeemtherapeut/huidtherapeut) |
| <input type="checkbox"/> in praktijk | <input type="checkbox"/> kinderysiotherapie | <input type="checkbox"/> logopedie |
| <input type="checkbox"/> aan huis patiënt | <input type="checkbox"/> bekkenfysiotherapie | <input type="checkbox"/> ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> in instelling | <input type="checkbox"/> oefen therapie C/M | <input type="checkbox"/> dieetadvies |

In te vullen door verwijzend arts (eventueel in overleg met behandelend therapeut)

Diagnose/toelichting

.....

.....

behandeling na ziekenhuisopname
(ontslagdatum:)

behandeling als gevolg van ongeval

Naam, stempel en handtekening van de verwijzend arts

Datum

In te vullen door de behandelend therapeut (eventueel in overleg met de verwijzend arts)

Diagnose en code

.....

.....

Zorgverlenersnummer therapeut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bij een aanvraag voor een aandoening volgens bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering graag onderstaande gegevens invullen.

Behandeldoel/toelichting

.....

.....

Behandelplan (ook aantal en termijn)

.....

.....

N.B. Bij aanvraag lange zittingen is meesturen behandelplan vereist.

Naam, stempel en handtekening van de therapeut

Begindatum van de behandeling

Datum