



Dit formulier invullen, ondertekenen en opsturen/faxen naar:
Kennis- en Behandelteam De Rijnhoven
Postbus 11
3408 DA Harmelen
Fax: 0348 - 44 98 95

Verwijsformulier
Kennis- en Behandelteam De Rijnhoven

Cliëntgegevens (of sticker)

Naam: M/V BSN:
Adres: Huisarts/specialist:
Postcode en woonplaats: Zorgverzekeraar:
Telefoon: Polisnummer:
Geboortedatum:
Contactpersoon (indien dit niet de cliënt zelf is):

Aanvraag bestemd voor

- | | | |
|---|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Specialist Ouderengeneeskunde | artsen@rijnhoven.nl | 0348 - 441714 |
| <input type="checkbox"/> Psychologen | psychologen@rijnhoven.nl | 0348 - 441714 |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapie, oefentherapie
Caesar/Mensendieck | fysiotherapie@rijnhoven.nl | 0348 - 449835 |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | ergotherapie@rijnhoven.nl | 0348 - 449836 |
| <input type="checkbox"/> Logopedie | | 0348 - 449868 |
| <input type="checkbox"/> Diëtetiek | dietist@rijnhoven.nl | 0348 - 441714 |
| <input type="checkbox"/> Wondverpleegkundige | wondzorg@rijnhoven.nl | 06 - 52421336 |

Reden voor verwijzen

Vraagstelling

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Onderzoek | <input type="checkbox"/> Advies, selectie hulpmiddelen of
woning aanpassing |
| <input type="checkbox"/> Behandeling | <input type="checkbox"/> Begeleiding mantelzorg |
| <input type="checkbox"/> Thuisbehandeling noodzakelijk: ja/nee | <input type="checkbox"/> Overige relevante behandelaars: |
| <input type="checkbox"/> Instructie | |

Toelichting / anders:

Terugrapportage in cc naar:

Diagnose, ziektegeschiedenis *(bij voorkeur uitdraai als bijlage)*

Huidige medicatie *(bij voorkeur uitdraai als bijlage)*

Handtekening verwijzer:

Datum: