

➔ **Formulier alleen inzenden naar zorgverzekeraar indien toestemming voor de behandeling noodzakelijk is**

(Beoordeling zorgverzekeraar)

1 Patiëntgegevens

Naam: _____
Adres: _____
Postcode/Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Relatienummer: _____

2 Voorschrift

- Fysiotherapie
 Kinderfysiotherapie (uitsluitend uit te voeren door geregistreerd kinderfysiotherapeut op voorschrift medisch specialist)
 Oefentherapie Cesar/Mensendieck
 Behandeling aan huis verzekerde
 Poliklinische behandeling

3 Medische diagnose

Voorschrift: _____
Aantal behandelingen: _____
Periode: _____

betreffend hokje aankruisen

4 Toelichting (altijd invullen)

Bij post-operatieve/traumatische indicaties ontslagdatum ziekenhuis/revalidatie behandeling vermelden:

Bij COPD, GOLD-stadium 2 of hoger ja nee

1 niveau stoornis _____
2 niveau beperking _____
3 niveau handicap _____

(In te vullen door paramedicus)

Behandelplan _____

Datum eerste behandeling _____ Diagnose code _____
Datum _____ Zorgverlenersnummer _____
Stempel/handtekening paramedicus _____

(In te vullen door behandelend arts/ medisch specialist)

Datum _____
Stempel/handtekening _____

Dit formulier kunt u sturen naar OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg.