**Verslagformulier ergotherapeut**

***We verzoeken u de adresgegevens goed te controleren en het formulier volledig in te vullen.***

**Vul de gegevens in van de verzekerde:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Voorletters en achternaam | Voorletters en achternaam | Man | Vrouw: | Anders: |
| Straat en huisnummer: | Straat en huisnummer | BSN nummer: | BSN nummer | |
| Postcode: | Postcode | Datum: | Datum | |
| Woonplaats: | Woonplaats | Zorgverzekeraar: | Zorgverzekeraar | |
| Geboortedatum: | Geboortedatum | Polisnummer: | Polisnummer | |
| Telefoonnummer: | Telefoonnummer |  |  | |

**STAP 1 -** Verklaring ergotherapeut

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag Wie is er betrokken bij de indicatie stelling?  *Als er een verwijzing is van de huisarts en een medisch specialist is gewenst geef dit aan bij het plannen van een passing met de gewenste leverancier*. | Medisch specialist | Huisarts  Alleen mogelijk bij Menzis, HEMA, Anderzorg, VinkVink, DSW, Stad Holland, inTwente, ASR, Ditzo, EUCARE en Aevitae |

**STAP 2 -** Vragen

**Vink de juiste antwoorden aan bij onderstaande vragen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vraag 1 De verzekerde doet voor de eerste keer een aanvraag voor een dynamische ligorthese | Ja (ga door naar STAP 4) | Nee |
| Vraag 2 Indien vraag 1 een ‘Nee’ is dan geldt het volgende: de verzekerde heeft langer dan 5 jaar geleden een eerste verstrekking gehad. | Ja (ga door naar STAP 3) | Nee |
| Opmerking Indien vraag 2 een ‘Nee’ is dan geldt dat er een *duidelijke onderbouwing* nodig is van de ergotherapeut mbt de oorzaak hiervan (zie STAP 3)  Let op: de cliënt kan met dit formulier en met de verwijzing zelf de vervanging aanvragen bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Na de goedkeuring kan cliënt contact opnemen met REBACARE. |  |  |

**STAP 3 -** Herverstrekking van ander merk ligorthese (Indien n.v.t. ga naar STAP 4)

|  |  |
| --- | --- |
| Huidig merk van de ligorthese: | Geef hier huidig merk aan |
| Gewenst merk van de ligorthese: | Geef hier gewenst merk aan |
| Waarom is het huidige type ligorthese niet meer geschikt? | Geef hier een omschrijving |
| Welke toegevoegde waarde heeft de andere ligorthese? | Geef hier een omschrijving |
| Eventueel nader uitleg | Geef hier een omschrijving |

**STAP 4 -** Medische diagnose / indicatie met situatie verslag

|  |  |
| --- | --- |
| Oorzaak / ziekte / lichamelijke stoornis: | Geef hier een omschrijving |

|  |  |
| --- | --- |
| Deformiteit: | Cervicale lordose  Thoracale kyfose  Lumbale lordose  Scoliose S of C  Gibbus  n.v.t. |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose: | Houdingsafwijking  Contracturen  Spasmen  Spasticiteit  Hypertonie  Hypotonie  \*Pijn  \*Als ‘Pijn’ is ingevuld, geef dan hier een extra onderbouwing aan. Dit is alleen mogelijk bij zorgverzekeraar Achmea of de cliënt kan met dit formulier en met de verwijzing zelf de goedkeuring aanvragen bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Na de goedkeuring kan cliënt contact opnemen met REBACARE. |
| Symptomen / klachten / Onvermogen / Welke beperking(en) of verloren gegane functie dient door de ligorthese te worden opgeheven? | Cliënt heeft het onvermogen om: |

**STAP 5 -** Voorliggende zorg / resultaat

|  |  |
| --- | --- |
| Welke voorliggende zorg heeft er plaatsgevonden en waarom was dit niet voldoende? | Geef hier een omschrijving |

|  |  |
| --- | --- |
| Waaruit blijkt dat met de aangevraagde dynamische ligorthese resultaat wordt bereikt? | Geef hier een omschrijving |

**STAP 6 –** Handtekening

**HIERBIJ VRAGEN WIJ EEN DYNAMISCHE LIGORTHESE AAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam ergotherapeut | Naam ergotherapeut | Postcode | Postcode |
| Straat en huisnummer | Straat en huisnummer | Woonplaats | Woonplaats |
| Telefoonnummer praktijk: | Telefoonnummer praktijk | AGB code | AGB code |

|  |  |
| --- | --- |
| Eventuele opmerkingen / toevoegingen | Geef hier een opmerking / toevoeging |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Datum |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Plaats hieronder uw handtekening | |  | |  |