

Screeningsformulier Directe Toegankelijkheid Ergotherapie

Naam:
Adres:
Geb. datum:
Tel.nr:
Verzekerd bij:
Verzekeringsnummer:
BSN:
Idkaart nummer / paspoortnummer:
Huisarts:

Met welke hulpvraag komt u / komt uw kind bij de ergotherapeut:

Kunt u een oorzaak van uw probleem benoemen:

Omschrijf kort het beloop van de klachten:

Medische voorgeschiedenis	ja	nee
Is er sprake van een van de symptomen: koorts, (nachtelijk) transpireren, misselijkheid, braken diarree, (onnatuurlijke) bleekheid/flauwvallen, moeheid en gewichtsverlies?		
Zijn er pijnklachten zonder dat er een oorzaak voor gevonden is?		
Merkt u/ of iemand in uw omgeving problemen met het korte- en/of lange termijn geheugen waar voorheen geen sprake van was?		
Heeft u nog een normaal dag-nachtritme?		
Is er sprake van kanker en/of hart en vaatziekten?		
Gebruikt u medicijnen?		
Zijn er verder nog medische gegevens die de ergotherapeut moet weten? Zo ja welke?		

De ergotherapeut is verplicht een verslag van de DTE screening op te sturen naar uw huisarts. Middels ondertekening van dit formulier geeft u hiervoor toestemming. Zonder uw toestemming is het helaas niet mogelijk om een ergotherapiebehandeling te starten.

Zorg dat u dit formulier, een geldig legitimatiebewijs en het verzekeringspasje bij de hand heeft als u voor de DTE screening komt.

Handtekening akkoord cliënt / ouders / verzorgers: