



Gegevens verzekerde

Naam:
 Adres:
 Postcode / woonplaats:
 Geboortedatum: telefoon:
 Relatienummer:

betreffend hokje aankruisen

Medische indicatie:

Stoornissen in functie:

Krachtsvermindering	<input type="checkbox"/> romp/rug	<input type="checkbox"/> armen	<input type="checkbox"/> handen	<input type="checkbox"/> benen	<input type="checkbox"/> voeten
Bewegingsbeperking	<input type="checkbox"/> romp/rug	<input type="checkbox"/> armen	<input type="checkbox"/> handen	<input type="checkbox"/> benen	<input type="checkbox"/> voeten
Pijngewaarwording	<input type="checkbox"/> romp/rug	<input type="checkbox"/> armen	<input type="checkbox"/> handen	<input type="checkbox"/> benen	<input type="checkbox"/> voeten

omschrijving:

Voor specifieke ergotherapeutische advisering eventueel verwijzen naar extramurale ergotherapie.

Welk type stoel wordt aangevraagd?

aangepaste stoel trippelstoel



De volgende vragen alleen beantwoorden bij aanvraag AANGEPASTE STOEL

Wat zijn de beperkingen van de verzekerde?

.....

Welke specifieke aanpassingen zijn hiervoor noodzakelijk?

.....



De volgende vragen alleen beantwoorden bij aanvraag TRIPPELSTOEL

Voor welke activiteiten is een trippelstoel noodzakelijk?

.....
.....
.....

Maakt verzekerde gebruik van een loophulpmiddel binnenshuis? ja nee

Zo ja, welk loophulpmiddel?

Waarom voldoet dit loophulpmiddel niet meer?

.....
.....

Maakt verzekerde gebruik van een loophulpmiddel buitenshuis? ja nee

Zo ja, welk loophulpmiddel?

Is de woning van verzekerde aangepast? ja nee

Zo ja, welke aanpassingen zijn uitgevoerd?

Toelichting

.....



Naam aanvragend arts: Telefoon:
Datum: Handtekening:



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de CZ Klantenservice, telefoonnummer 0900 - 0949.