



Verwijzing/Aanvraag (langdurige of intermitterende) fysiotherapie/oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

(Beoordeling zorgverzekeraar)

1 Patiënt gegevens

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, FEV1/VC lager dan 60% 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 CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.