

Verwijsformulier Behandelcentrum Kennemerhart



Datum ontvangst: _____ Inschrijfnummer: _____

Cliëntgegevens

Naam: de heer / mevrouw _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____ Telefoon: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____ Contactpersoon: _____

Zorgverzekering

Zilveren Kruis Zorg&Zekerheid Univé Ohra CZ VGZ Delta Lloyd

Anders, namelijk: _____

Registratienummer / Klantnummer: _____ BSN nummer: _____

Verwijzing / medische gegevens *(in te vullen door huisarts of specialist)*

Medische diagnose(n) en prognose: _____

Discipline *(aankruisen welke discipline u wenst, meerdere tegelijk aankruisen mag)*

Ergotherapie Diëtetiek Overig _____
 (Geriatric) Fysiotherapie Kunstzinnige therapie
 Logopedie Maatschappelijk Werk
 Psychologie Specialist ouderengeneeskunde *zoz

Hulpvraag

Urgent: Ja

Aan huis: Ja

Andere betrokken hulpverleners / instanties

Behandelbaar / Specialist Draagnet Thuiszorg Anders, namelijk:

Naam: _____ Naam: _____ Naam: _____ Naam: _____

Telefoon: _____ Telefoon: _____ Telefoon: _____ Telefoon: _____

Verwijzer

Naam: _____ Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Email: _____

Verwijsdatum: _____ Handtekening: _____



Het formulier kan per post, fax of mail verzonden worden naar onderstaand adres:

Behandelcentrum Kennemerhart
Ridderstraat 32
2011 RS Haarlem

T: 023 8914100

F: 023 8914299

E: behandelcentrum@kennemerhart.nl

* Voor een verwijzing naar de Specialist ouderengeneeskunde geldt dat deze, naast een verwijzing via dit formulier, ook rechtstreeks telefonisch benaderd kan worden indien daaraan de voorkeur wordt gegeven. Indien u niet in het bezit bent van het telefoonnummer kunt u het secretariaat benaderen met de vraag om teruggebeld te worden door een van onze specialisten ouderengeneeskunde.

