

(langdurige of intermitterende) Fysiotherapie/oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

(Beoordeling zorgverzekeraar)

1. Patiënt gegevens

betreffend hokje aankruisen

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ Relatienummer: _____

2. Voorschrift

- Fysiotherapie
- Kinderfysiotherapie (uitsluitend uit te voeren door geregistreerd kinderfysiotherapeut op voorschrift van medisch specialist)
- Oefentherapie Cesar/Mensendieck
- Behandeling aan huis verzekerde
- Poliklinische behandeling

3. Medische diagnose

Voorschrift: _____

Aantal behandelingen: _____ Periode: _____

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 in de antwoordenvelop sturen naar: **CZ, Afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg**
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27.