

Aanvraagformulier

Fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck (langdurig of intermitterend)

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck door de behandelend arts. Gebruik dit formulier alleen als toestemming voor de behandeling noodzakelijk is. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
E-mail: _____

In te vullen door behandelend arts/medisch specialist

Voorschrift

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

Medische diagnose

Voorschrift: _____
Aantal behandelingen: _____ Periode: _____

Toelichting (altijd invullen)

Ontslagdatum uit het ziekenhuis of revalidatiebehandeling bij post-operatieve/traumatische indicaties: _____

Bij COPD: GOLD-stadium 2 of hoger? ja nee

niveau stoornis: _____

niveau beperking: _____

niveau handicap: _____

In te vullen door paramedicus

Behandelplan: _____

Datum eerste behandeling: _____ Diagnosecode: _____

Datum: _____ Zorgverlenersnummer: _____

Stempel/handtekening paramedicus: _____



Gegevens en ondertekening arts/medisch specialist

Naam: _____ AGB-code: _____

Telefoonnummer: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Stempel/handtekening: _____



Dit formulier kunt u sturen naar mbz@pzp.nl of per post: **PZP, 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.**