**Verwijsformulier Ambulant Geriatrisch Team**

Dit formulier (digitaal) invullen opsturen of faxen naar:

Zinzia Zorggroep, t.a.v. Klantbureau

Kortenburg 4, 6704 AV Wageningen

Fax: 0317 364 297

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cliëntgegevens | | | | | |
| Voorletters en achternaam | |  | | | |
| Geboortedatum | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Man  Vrouw | | BSN |  |
| Adres |  | | | | |
| Telefoonnummer |  | | | | |
| Zorgverzekeraar  en polisnummer |  | | | | |
| Evt. naam en tel.  contactpersoon |  | | | | |
| Heeft de cliënt een Wlz-indicatie? | | | Ja  Nee  Onbekend | | |
| Is de cliënt op de hoogte van deze verwijzing? | | | Ja  Nee | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verwijzing | | | | |
| Naam huisarts | |  | | |
| Datum verwijzing | | 25-8-2016 | | |
| Urgentie | | afspraak 1e bezoek :  binnen een werkdag  binnen een week | | |
| Hulpvraag  Meekijkconsult  Geriatrisch assesment  Polyfarmacie  Medebehandeling (multidisciplinair)  Anders:…………………. | | | Paramedische behandeling (monodisciplinair)  Fysiotherapie  Ergotherapie  Logopedie  Dietetiek  Psychologie[[1]](#footnote-1) | |
| Diagnose of werkhypothese: | | | | |
| Bijlagen | Visite uitdraai  Recente medicatielijst  Relevante specialistenbrieven | | | |
| Stempel en handtekening huisarts | | | |  |

1. Let op: Voor psychologie in de eerstelijn moet de patiënt zelf de rekening declareren bij de zorgverzekeraar. [↑](#footnote-ref-1)