**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

**Als bijlage meesturen: visite-uitdraai/ recente medicatielijst/ relevante specialistenbrieven**

|  |
| --- |
| Cliëntgegevens |
| Voorletters en achternaam |       |
| Geboortedatum  | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | [ ] Man[ ]  Vrouw | BSN |       |
| Adres |       |
| Telefoonnummer |       |
| Zorgverzekeraaren 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 | 8-2-2018 |
| Urgentie | afspraak 1e bezoek : [ ]  binnen een werkdag [ ]  binnen een week |
| Hulpvraag[ ] Meekijkconsult[ ] Geriatrisch assesment[ ] Polyfarmacie[ ] Medebehandeling (multidisciplinair)[ ] Casemanagement[ ] Onbegrepen gedrag[ ] Anders:…………………. | Paramedische behandeling[ ] Fysiotherapie[ ] Ergotherapie[ ] Logopedie[ ] Dietetiek[ ] Psychologie[[1]](#footnote-1) |
| Diagnose of werkhypothese:      |
| 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)