

# VERWIJSFORMULIER PARAMEDISCHE ZORG

## BOVENSTE EXTREMITÉIT - EERSTE VERWIJZING

**Betreft:**

- Regulier fysiotherapie  
 Kinderfysiotherapie

- Manuele therapie  
 Ergotherapie

**Gegevens verwijzend arts:**

Voorletter(s) en achternaam	
Naam zorggroep (indien van toepassing)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Faxnummer	

**Verzekerde:**

Voorletter(s) en achternaam		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Verzekerde nummer		
Geboortedatum		
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer		

**Reden van verwijzing:**

Datum van het letsel: .. - .. - .....

Zijde: Rechts / Links

Schouder

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mediale claviculafractuur  | <input type="checkbox"/> Midschacht claviculafractuur   | <input type="checkbox"/> Laterale claviculafractuur              |
| <input type="checkbox"/> Sternoclaviculaire luxatie | <input type="checkbox"/> Acromioclaviculaire luxatie    | <input type="checkbox"/> Glenohumorale luxatie (schouderluxatie) |
| <input type="checkbox"/> Acromion fractuur          | <input type="checkbox"/> Processus coracoideus fractuur | <input type="checkbox"/> Scapulahals fractuur                    |
| <input type="checkbox"/> Scapulablad fractuur       | <input type="checkbox"/> Floating shoulder              | <input type="checkbox"/> Glenoid fractuur                        |
| <input type="checkbox"/> .....                      |   |  |

Bovenarm

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proximale humerusfractuur   | <input type="checkbox"/> Humerusschacht fractuur | <input type="checkbox"/> Distale bicepspeesruptuur |
| <input type="checkbox"/> Proximale bicepspeesruptuur | <input type="checkbox"/> .....                   |  |

Elleboog

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Supracondylaire humerusfractuur | <input type="checkbox"/> Diacondylaire fractuur | <input type="checkbox"/> Mediale condyl fractuur        |
| <input type="checkbox"/> Laterale condyl fractuur        | <input type="checkbox"/> Capitellum fractuur    | <input type="checkbox"/> Olecranon fractuur             |
| <input type="checkbox"/> Radiuskop fractuur              | <input type="checkbox"/> Radiushals fractuur    | <input type="checkbox"/> Processus coronoideus fractuur |
| <input type="checkbox"/> Luxatie elleboog                | <input type="checkbox"/> .....                  |   |

Onderarm

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antebrachium fractuur | <input type="checkbox"/> Geïsoleerde radiusschacht # | <input type="checkbox"/> Geïsoleerde ulnarschachtfractuur |
| <input type="checkbox"/> Monteggia fractuur    | <input type="checkbox"/> Galeazzi fractuur           | <input type="checkbox"/> Essex Lopresti fractuur          |
| <input type="checkbox"/> .....                 |  |   |

Pols

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distale radiusfractuur | <input type="checkbox"/> Scaphoidfractuur | <input type="checkbox"/> Perilunaire luxatie |
| <input type="checkbox"/> Triquetrum fractuur    | <input type="checkbox"/> .....            |  |

Hand / Vingers

- .....

Overige informatie:

# VERWIJSFORMULIER PARAMEDISCHE ZORG

## BOVENSTE EXTREMITÉIT - EERSTE VERWIJZING

### Behandeling:

<input type="checkbox"/> <i>Conservatief:</i>		
	Ja	Nee
Belastingstabiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanaf .. weken na letsel opbouwen belastingstabiliteit		
Oefenstabiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <i>Operatief:</i>		
		Datum van operatie: .. - .. - .....
Operatie:		
	Ja	Nee
Belastingstabiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanaf .. weken na operatie opbouwen belastingstabiliteit		
Oefenstabiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vraagstelling:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mobiliserende oefeningen voor het schoudergewricht      | <input type="checkbox"/> Mobiliserende oefeningen voor het ellebooggewricht |
| <input type="checkbox"/> Mobiliserende oefeningen voor het polsgewricht          | <input type="checkbox"/> Mobiliserende oefeningen voor de hand / vingers    |
| <input type="checkbox"/> Spierkrachtversterkende oefeningen bovenste extremiteit |   |
| <input type="checkbox"/> Proprioceptistraining                                   |   |

### Relevante medische voorgeschiedenis:

### Ondertekening:

Datum: .. - .. - .....

### Handtekening arts:

### Vergoeding fysiotherapie basispakket :

- Fysiotherapie is gedeeltelijk opgenomen in het basispakket
- Jongeren tot 18 jaar: eerste 18 behandeling voor fysiotherapie worden vergoed. Bij chronische aandoeningen kunnen alle behandeling vergoed worden
- 18 jaar en ouder: Fysiotherapie en oefentherapie vergoed vanaf de 21e behandeling.
- Bij aanvullende zorgverzekering krijgt u mogelijk meer behandelingen vergoed, *controleer dit bij uw zorgverzekering*
- **Voordat u naar de fysiotherapeut gaat, neem contact op met uw zorgverzekeraar over een eventuele vergoeding**