

Gegevens verzekerde

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ telefoon: _____

Relatienummer: _____

Medische indicatie: _____

Stoornissen in functie:Krachtsvermindering romp/rug armen handen benen voeten _____Bewegingsbeperking romp/rug armen handen benen voeten _____Pijngewaarwording romp/rug armen handen benen voeten _____

Voor specifieke ergotherapeutische advisering eventueel verwijzen naar extramurale ergotherapie.

omschrijving:**Welk type stoel wordt aangevraagd?** aangepaste stoel trippelstoel**De volgende vragen alleen beantwoorden bij aanvraag aangepaste stoel**

Wat zijn de beperkingen van de verzekerde?

Welke specifieke aanpassingen zijn hiervoor noodzakelijk?

De volgende vragen alleen beantwoorden bij aanvraag trippelstoel

Voor welke activiteiten is een trippelstoel noodzakelijk?

Maakt verzekerde gebruik van een loophulpmiddel binnenshuis? ja nee

Zo ja, welk loophulpmiddel?

Waarom voldoet dit loophulpmiddel niet meer?

Maakt verzekerde gebruik van een loophulpmiddel buitenshuis? ja nee

Zo ja, welk loophulpmiddel?

Is de woning van verzekerde aangepast?

ja nee

Zo ja, welke aanpassingen zijn uitgevoerd?

Toelichting

Naam aanvragend arts:

Telefoon:

Datum:

Handtekening: