



Centra voor Ambulante Revalidatie

VERWIJSBRIEF voor multidisciplinair onderzoek en behandeling in CAR	Datum:/...../.....
--	-----------------------------

Gegevens zorggebruiker

Voornaam: Achternaam:

Geboortedatum:/...../.....

Geslacht: man vrouw X

Adres:

Voor- en achternaam ouder(s)/voogd/partner/zorgdrager(s):

.....
.....

Telefoonnummer: E-mail:

Gegevens professionele verwijzer¹

Naam:

Functie:

RIZIV-nr. :

Adres:

Organisatie:

Telefoonnummer: E-mail:

Reden van verwijzing

Ondergetekende professionele verwijzer vraagt multidisciplinair onderzoek en eventuele behandeling in het centrum voor ambulante revalidatie omwille van een vermoeden van²:

Neurobiologische ontwikkelingsstoornis

- Verstandelijke beperking
- Taalstoornis
- Stotteren
- Autismespectrumstoornis
- Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)
- Specifieke leerstoornis
- Coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD)
- Ticstoornis

¹ Invullen wat van toepassing is

² meerdere antwoorden mogelijk

Neurologische of zintuiglijke aandoening

- Hersenletsel
 - Hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectieuze, anoxische of traumatische oorsprong, zonder symptomen van dementie*
 - Hersenverlamming (CP)*
- Gehoorstoornis
 - Bilaterale gehoorstoornissen die zijn opgetreden in de pre- of perilinguale fase*
 - Verworven bilaterale gehoorstoornissen die zijn opgetreden na de 6de en vóór de 19de verjaardag van de rechthebbende, en die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 70 db HL*
 - Verworven bilaterale gehoorstoornissen die zijn opgetreden na de 6de verjaardag met een gemiddeld gehoorverlies van minstens 40 db HL*
 - Gehoorstoornissen bij kinderen, jongeren of volwassenen met cochleair implantaat of hersenstamimplantaat.*

Gedrags- en/of stemmingsstoornis

- Gedragsstoornis
- Stemmingsstoornis

Specifieke aandachtspunten³

Hulpverleningsgeschiedenis – Werd de zorggebruiker al eerder onderzocht / begeleid / behandeld (waarom, wanneer en door wie)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medicatie – Neemt de zorggebruiker medicatie? Zo ja, welke en wie schrijft voor / volg op?

.....

.....

.....

Andere relevante informatie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Handtekening professionele verwijzer

³ Invullen wat van toepassing is