



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

Gegevens zorggebruiker (of klever mutualiteit)

Voornaam: Familiennaam:
Geboortedatum:/...../.....
Geslacht: man vrouw X
Adres:
Rijkregisternummer:

Gegevens ouders/wettelijke vertegenwoordiger/partner:

contactpersoon 1:
Telefoonnr:..... E-mail:
contactpersoon 2:
Telefoonnr:..... E-mail:

Gegevens professionele verwijzer¹

Naam:
Functie:
RIZIV-nr. :
Adres:
Organisatie:
Telefoonnr: 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
 - Autismespectrumstoornis (ASS)
 - Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (AD(H)D)

¹ Invullen wat van toepassing is
² meerdere antwoorden mogelijk

- Specifieke leerstoornis
- Coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD)

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.

Gedragstoornis (vanuit vermoeden co-morbiditeit ontwikkelingsstoornis)

Specifieke aandachtspunten³

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Medicatie – Neemt de zorggebruiker medicatie?

- neen
- Ja, informatie zal opgevraagd worden bij aanvang traject.

Andere relevante informatie?

.....
.....
.....
.....
.....

Handtekening professionele verwijzer

³ Invullen wat van toepassing is