

Formulier alleen inzenden naar zorgverzekeraar indien toestemming voor de behandeling noodzakelijk is.

## Beoordeling zorgverzekeraar

### 1 Patiëntgegevens

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Relatienummer: \_\_\_\_\_

### 2 Voorschrift

- Fysiotherapie  
 Kinderfysiotherapie (uitsluitend uit te voeren door geregistreerd kinderfysiotherapeut op voorschrift medisch specialist)  
 Oefentherapie Cesar/Mensendieck  
 Behandeling aan huis verzekerde  
 Poliklinische behandeling

### 3 Medische diagnose

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Voorschrift: \_\_\_\_\_  
Aantal behandelingen: \_\_\_\_\_  
Periode: \_\_\_\_\_

### 4 Toelichting (altijd invullen)

Bij post-operatieve/traumatische indicaties ontslagdatum ziekenhuis/revalidatie behandeling vermelden: \_\_\_\_\_  
Bij COPD, GOLD-stadium 2 of hoger  ja  nee  
1 niveau stoornis \_\_\_\_\_  
2 niveau beperking \_\_\_\_\_  
3 niveau handicap \_\_\_\_\_

## In te vullen door behandelend paramedicus

Behandelplan \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Datum eerste behandeling \_\_\_\_\_ Diagnose code \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Zorgverlenersnummer \_\_\_\_\_  
Stempel/handtekening paramedicus \_\_\_\_\_

## In te vullen door behandelend arts/medisch specialist

Datum \_\_\_\_\_  
Stempel/handtekening \_\_\_\_\_

Dit formulier kunt u sturen naar Delta Lloyd, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg.