



Centrum voor Ambulante Revalidatie

VERWIJSBRIEF
voor multidisciplinair onderzoek en behandeling
in CAR

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 aandoening

Hersenletsel

Hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectieuze, anoxische of traumatische oorsprong, zonder symptomen van dementie

Hersenverlamming (CP)

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:

Datum:

...../...../.....

³ Invullen wat van toepassing is