

## Verwijsformulier hand / pols / vinger

Naam cliënt: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Inschrijfnr.: \_\_\_\_\_

### Medische indicatie

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artrose                  | <input type="checkbox"/> Ehlers Danlos |
| <input type="checkbox"/> Reumatoïde Artritis      | <input type="checkbox"/> Anders _____  |
| <input type="checkbox"/> Hypermobiliteitssyndroom | _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Fybromyalgie             | _____                                  |

### Aangedane gewrichten

**Pols**  Links  Rechts

CMC	
Links	Rechts
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

MCP	
Links	Rechts
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

**IP1**  Links  Rechts

DIP	
Links	Rechts
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

PIP	
Links	Rechts
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

### Gewenste therapie

Ergotherapie  Orthese

Opmerking/toelichting:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Naam arts: \_\_\_\_\_

Stempel arts / handtekening: