

Naam: _____

Geboortedatum: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Zorgverzekeraar: _____ BSN: _____

Omschrijving voorgeschreven hulpmiddel:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Halskraag | <input type="checkbox"/> Steunkousen |
| <input type="checkbox"/> Arm-/ pols-/ handorthese | <input type="checkbox"/> Steunzolen |
| <input type="checkbox"/> Zilverorthese - Silversplint | <input type="checkbox"/> (Semi) Orthopedische schoenen |
| <input type="checkbox"/> Korset | <input type="checkbox"/> Schoenaanpassing (OVAC) |
| <input type="checkbox"/> Knieorthese | <input type="checkbox"/> Overig _____ |
| <input type="checkbox"/> Enkelorthese | _____ |

Medische indicatie: _____

Functionele omschrijving: _____

Tijdelijk gebruik Permanent gebruik

Stempel arts /Handtekening:

Datum verwijzing: _____

www.centrum-orthopedie.nl