**Paramedische verwijzing**

|  |  |
| --- | --- |
| **Verwijsdatum** | $$prettyDate$$ |

**Gegevens verwijzende arts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | $$doctornameOfficial$$ |
| Adres | $$locationAddressStreet$$ $$locationAddressHouseNumber$$$$locationAddressZipCode$$ $$locationAddressCity$$ |
| Telefoonnummer | *010-1234567* |
| E-mailadres | *info@secretariaat.nl* |
| AGB-code | $$agbCurrentUser$$ |
| BIG-nummer |  $$BIGnummer$$ |

**Gegevens client**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | $$patientFullName$$, |
| Geboortedatum        | $$patientDateOfBirth$$ |
| Adres     | $$patientStreet$$ $$patientHouseNumber$$$$patientZipcode$$ $$patientTown$$ |
| Telefoonnummer | $$patientPhone$$ |
| E-mailadres | $$patientEmail$$ |
| BSN | $$patientSocialSecNr$$ |
| Zorgverzekeraar | $$patientInsuranceCompany$$ |

**Reden van verwijzing**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Diëtetiek |
|  | Ergotherapie |
|  | Fysiotherapie |
|  | Logopedie |
|  | Anders, namelijk: ……… |

Locatie van behandeling

|  |  |
| --- | --- |
|  | Op behandellocatie |
|  | Behandeling aan huis |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose | $$subscriptionReason$$ |
| Medische voorgeschiedenis     | $$diagnosesTable$$ |
| Vraagstelling | *Typ hier* |

**Stempel verwijzende instelling**

<Neem hier uw logo/stempel op>