

AUB invullen met blauwe of zwarte pen

## 1 Het onderstaande gedeelte in te vullen door de aanvragend arts

**a** Datum aanvraag

Voorletter(s)  Achternaam  Geslacht  Man  Vrouw

Geboortedatum  -  -      Sofi-nummer/BSN  Nationaliteit

Straatnaam  Huisnummer  Toevoeging

Postcode  Woonplaats

Telefoon  Relatienummer

E-mailadres

**b** Aanvraag consult  fysiotherapie  logopedie  oefentherapie Cesar  oefentherapie Mensendieck

**c** Aanvraag behandeling/begeleiding  fysiotherapie  kinderysiotherapie  manuele lymfedrainage (ft)

manuele therapie  oefentherapie Cesar  oefentherapie Mensendieck

ergotherapie  logopedie  anders, nl.

Waar wilt u dat behandeling plaatsvindt?  in praktijk  aan huis  in instelling

Betreft het een nieuwe indicatie of een vervolgbehandeling?  nieuwe indicatie  vervolgbehandeling

Is de aandoening het gevolg van een ongeval? ja, datum ongeval

**d** Diagnose

Vraagstelling

Overige informatie

Datum  Naam(stempel) en handtekening aanvragend arts

**Wij maken u er op attent dat de behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen, als het formulier niet volledig is ingevuld.**

## 2 Het onderstaande gedeelte in te vullen door de paramedicus

Datum consult/aanvang behandelingssessie

Diagnosecode

Onder behandeling sinds

Chronische lijst?  ja  nee  n.v.t.

Datum  Naam(stempel) en handtekening paramedicus

**Per formulier slechts één item aanvragen!**