

**Verwijzing/Aanvraag** (langdurige of intermitterende) fysiotherapie / oefentherapie Cesar/Mensendieck

Formulier alleen inzenden naar zorgverzekeraar indien toestemming voor de behandeling noodzakelijk is.  
Dit formulier kunt u sturen naar OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg.

**Beoordeling zorgverzekeraar**


**Gegevens verzekeringnemer**

Voorletter(s) en achternaam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	

<b>1. Voorschrift</b>
<input type="checkbox"/> Fysiotherapie
<input type="checkbox"/> Oefentherapie Cesar/Mensendieck
<input type="checkbox"/> Behandeling aan huis

<b>2. Medische diagnose</b>	
Voorschrift	
Aantal behandelingen	
Periode	

**In te vullen door paramedicus**

<b>3. Toelichting (altijd invullen)</b>			
Datum eerste behandeling		Diagnose code	
Datum		Zorgverlenersnummer	
Stempel/handtekening paramedicus			
Is er een verwijzing aanwezig? Stuur dan een kopie mee			

**In te vullen door behandelend arts/ medisch specialist**

Datum		Stempel/handtekening	
AGB-code/naam			