



**Patiëntgegevens** (of plak een sticker met gegevens)

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Verzekering: \_\_\_\_\_

**Adresgegevens zorgverlener**

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**Diagnose**

- clinically isolated syndrome (CIS)
- relapsing-remitting MS (RRMS)
- secundair progressieve MS (SPMS)
- primair progressieve MS (PPMS)
- overige medische informatie, nl: \_\_\_\_\_

**Fysiotherapie/oefentherapie**

- Conditie
- Balansstoornissen
- Loopfunctiestoornissen
- Pijn / spasme
- Anders, nl: \_\_\_\_\_

**Ergotherapie**

- Vermoeidheid / belasting belastbaarheid
- Persoonlijke verzorging / huishouden / zorg gezin
- Werk / studie / dagbesteding
- Mobiliteit / vervoer
- Anders, nl: \_\_\_\_\_

**Logopedie**

- Slikstoornissen
- Spraakstoornissen
- Taalstoornissen / communicatieproblemen
- Anders, nl: \_\_\_\_\_

**Psychologie**

- Cognitieve problemen
- Stemningsproblemen
- Aanpassingsproblemen
- Relatieproblemen
- Anders, nl: \_\_\_\_\_

**Gegevens verwijzer**

Naam: \_\_\_\_\_  
Functie: \_\_\_\_\_  
Organisatie: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Handtekening: \_\_\_\_\_

**Eventuele toelichting**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandeling aan huis noodzakelijk