**Deel 3: MEDISCH VERSLAG Centrum voor ambulante revalidatie**

**Groep 1: Hersenletsels**

**IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER**

Naam: Depouillon

Voornaam: Sander Rijksregisternummer: 17.01.01-357.06

**DOELGROEP**

ICD-10 classificatie:

Datum optreden van het letsel:

Dementie: ☐ ja ☐ neen

Revalidatieverstrekkingen in medisch-sociaal-pedagogisch instituut: ☐ ja ☐ neen ☐ niet van toepassing

Origine van het letsel:

☐ Vasculair

☐ Tumoraal

☐ Traumatisch

☐ Toxisch

☐ Infectieus

☐ Andere:

**MULTIDISCIPLINAIR THERAPIEPROGRAMMA**

☒ Kinesitherapie

☒ Ergotherapie

☒ Logopedie

☒ Audiologie

☒ Psychologie

☒ Sociale re-adaptatie

☒ Medisch

☒ Psychomotorische therapie

**AANTAL ZITTINGEN**

Aantal zittingen die reeds werden gepresteerd:

Bij verlenging of verandering van groep aantal zittingen gepresteerd voor de 19e verjaardag:

**Ondertekening**

De arts verbonden aan de revalidatievoorziening waarborgt dat alle bovenstaande gegevens oprecht zijn en waarheidsgetrouw. Hij/zij waarborgt dat voor deze rechthebbende de verplichtingen en voorwaarden vastgelegd in deze overeenkomst vervuld zijn.

Datum:

Handtekening , stempel en Rizivnummer

van een behandelend arts van de revalidatievoorziening:

Naam en voornaam: