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

**Groep 3: Pervasieve ontwikkelingsstoornis**

**IDENTIFICATIE VAN DE ZORGGEBRUIKER**

Naam: <<PAT\_LastName>>

Voornaam:<<PAT\_FirstName>> Rijksregisternummer: <<PAT\_NationalIdentificationNumber>>

**DOELGROEP**

ICD-10 classificatie:

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

**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 na de 7e verjaardag:

(enkel in te vullen als de zorggebruiker ouder is dan 7 jaar)

**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: