

3 Beoordeling medisch adviseur

Machtiging nummer

Beoordeling

Duur van de machtiging

Deze machtiging is geldig tot

Motivatie

Datum beoordeeld

Dag	Maand	Jaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beoordeeld door
(Handtekening)

NB: * Eén aanvraag per formulier.

* Onvolledig ingevulde formulieren worden retour gezonden!

* De beoordeelde machtiging wordt door de zorgprofessional opgenomen in Microhis.

Machtigingsbijlage fysiotherapie

Invullen door de arts (*verplichte velden*)

Indicatie fysiotherapie | _____

Datum beoordeling justitiabele door arts | _____

Toelichting medische noodzaak voor verlenging fysiotherapie | _____

Invullen door de fysiotherapeut (*verplichte velden*)

Naam fysiotherapeut | _____

Verslag fysiotherapeut (incl. bevindingen onderzoek, behandeling en behandelresultaat) | _____

Datum laatste behandeling | _____

Behandelplan voor de verlenging | _____

Beoogd resultaat en te verwachten aantal vervolgbehandelingen | _____