**Verwijsformulier**

**Audiologisch centrum**

**Verwijzing naar locatie**

|  |
| --- |
| Kies een item. |

**Datum aanmelding**

|  |
| --- |
| Klik hier als u een datum wilt invoeren. |

**Gegevens cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode + woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail adres |  |
| Geboortedatum |  |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Polisnummer |  |
| Naam huisarts |  |

**Reden van verwijzing**

|  |
| --- |
|  |

**Anamnese**

|  |
| --- |
|  |

**Gehoor**

|  |  |
| --- | --- |
| Beschrijving gehoor |  |
| Status trommelvlies  |  |
| Bezwaar tegen afsluiten van AD | [ ]  nee | [ ]  ja |
| Bezwaar tegen afsluiten van AS | [ ]  nee | [ ]  ja |
| Hoortoestellen in bezit | [ ]  nee | [ ]  AD | [ ]  AS |

**Kinderen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krijgt logopedie | [ ]  nee | [ ]  ja |
| Algehele ontwikkelingsachterstand | [ ]  nee | [ ]  ja |
| Bekend bij andere instantie  | [ ]  nee | [ ]  ja, bij  |

**Bijlage**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Audiogram | [ ]  nee | [ ]  ja |

**Verwijzend arts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| AGB code |  |
| Handtekening en stempel |  |

Als medisch specialist in een ziekenhuis kunt u een verwijzing doen naar een van onze audiologische centra.

In verband met de privacy van de patiënt verzoeken wij u deze uitsluitend via secured mail, of per post naar ons te retourneren.

Libra neemt de verwijzing in behandeling en nodigt de cliënt uit voor een eerste afspraak.

Voor nadere informatie kunt u telefonisch contact opnemen met: tel. 088 - 31 33 100

Aanmeldingen kunt u zenden naar een van de volgende adressen:

Libra Revalidatie & Audiologie

Audiologisch centrum Eindhoven

Postbus 1322

5602 BH Eindhoven

Zorgmailadres: 500126037@lms.lifeline.nl

Audiologisch Centrum Tilburg

Dr. Deelenlaan 15
5042 AD Tilburg

Zorgmailadres: 500126038@lms.lifeline.nl

Audiologisch Centrum Breda

Hoge Mosten 56
4822 NH Breda

Zorgmailadres: 500126036@lms.lifeline.nl