



Screeningsformulier DTE

Voorletters, voor- & achternaam:
 Adres:
 Postcode / woonplaats:
 Telefoonnummer / mobiel:
 Geboortedatum:
 Burgerservicenummer:
 Zorgverzekeraar & polisnummer:
 Huisarts:

Medische aspecten

	JA	NEE
Is uw kind momenteel onder medische behandeling?		
Is er bij uw kind sprake van een van de volgende symptomen: koorts, (nachtelijk) transpireren, misselijkheid, braken diarree, (onnatuurlijke) bleekheid/flauwvallen, moeheid en gewichtsverlies?		
Zijn er bij uw kind pijnklachten zonder dat er een oorzaak voor gevonden is?		
Merkt u of iemand in uw omgeving problemen bij uw kind met het korte- en/of lange termijn geheugen waar voorheen geen sprake van was?		
Heeft uw kind een verstoord dag-nachtritme?		
Is er bij uw kind sprake van kanker en/of hart- en vaatziekten?		
Gebruikt uw kind medicijnen? Zo ja, welke?		
Zijn er bij uw kind de laatste tijd veranderingen opgetreden (erger worden, minder zelfstandig, tijdsduur) in het handelen?		
Zijn er bij uw kind vermoedens van andere niet gediagnostiseerde problematiek? Zo ja, welke?		
Zijn er verder nog medische gegevens van uw kind die de ergotherapeut moet weten? Zo ja, welke?		

De ergotherapeut is verplicht een verslag van de DTE screening op te sturen naar uw huisarts. Middels ondertekening van dit formulier geeft u hiervoor toestemming. Zonder uw toestemming is het helaas niet mogelijk om een ergotherapiebehandeling te starten.

Zorg dat u dit formulier, het verzekeringspasje van uw kind en een geldig legitimatiebewijs van uw kind bij de hand heeft als u voor de DTE screening komt.

Handtekening voor akkoord wettelijke vertegenwoordigers van cliënt:

.....