Verwijsformulier

U kunt een cliënt ook online naar Visio verwijzen via visio.secuform.nl of via ZorgDomein.
Velden met een * zijn verplicht.

Gegevens cliënt

Naam* _____

Adres* _____

Postcode en woonplaats* _____

BSN* _____

Geboortedatum* _____

Telefoonnummer* _____

E-mail _____

Medische gegevens

Anamnese

Datum laatste onderzoek _____

Status

Visus met correctie OD _____

Visus met correctie OS _____

Bril/refractie OD S _____ = C _____ as _____

Bril/refractie OS S _____ = C _____ as _____

Mediatroebelingen OD

- ○ nee
- ○ licht
- ○ matig
- ○ sterk

Mediatroebelingen OS

- ○ nee
- ○ licht
- ○ matig
- ○ sterk

Zo ja, waar? OD

- ☐ cornea
- ☐ lens
- ☐ glasvocht

Zo ja, waar? OS

- ☐ cornea
- ☐ lens
- ☐ glasvocht

Fundus afwijkingen? OD

- ☐ papil
- ☐ macula
- ☐ periferie

Fundus afwijkingen? OS

- ☐ papil
- ☐ macula
- ☐ periferie

Gezichtsveld defecten OD

- ○ ja
- ○ nee
- ○ onbekend

Gezichtsveld defecten OS

- ○ ja
- ○ nee
- ○ onbekend

Afwijkingen vanuit OCT-scan OD

- ○ ja
- ○ nee
- ○ onbekend

Afwijkingen vanuit OCT-scan OS

- ○ ja
- ○ nee
- ○ onbekend

Diagnose*

Reden van verwijzing*

Verwachte progressie/prognose

Andere relevante gegevens, functieonderzoeken, neurologische afwijkingen, gehoorverlies

Datum*

Plaats

Naam verwijzer*

Functie verwijzer*

AGB-code verwijzer*

Naam en locatie ziekenhuis:*

Volledig ingevuld formulier verzenden naar clientservicebureau@visio.org

Bel ons Cliëntservicebureau via 088 - 585 85 85

Visio

Koninklijke Visio
expertisecentrum voor slechtziende en blinde mensen