

## Aanmelding Beroerte Adviescentrum

(Verzoek om advies, instructie en voorlichting aan cliënt op het gebied van CVA / TIA)

**Voorletters en naam cliënt:**

.....  
.....

**Geboortedatum:**

.....  
.....

**Adres:**

.....  
.....

**Postcode en plaats:**

.....  
.....

**Telefoon:**

.....  
.....

**BSN (burgerservicenummer):**

.....  
.....

**Naam contactpersoon:**

.....  
.....

**Telefoonnummer contactpersoon:**

.....  
.....

**Huisarts :**

.....  
.....

**Diagnose en datum:** TIA/infarct/bloeding ..... / ..... / ..... rechts/links, locatie .....

**Opnamedatum / ontslagdatum:** ..... / ..... (indien van toepassing)

**Huidige situatie /aanleiding tot aanmelding/ restklachten:**

- hemiparese rechts / links arm / been     afasie     dysarthrie / slikproblemen  
 hemianopsie / neglect     cognitieve problemen

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Medische voorgeschiedenis (mogelijke oorzaak/risicofactoren):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Afspraken bij ontslag:**

neuroloog

.....  
.....

fysiotherapie

.....  
.....

ergotherapie

.....  
.....

logopedie

.....  
.....

(poli)klinische revalidatie / dagbehandeling

.....  
.....

thuiszorg / hulpmiddelen

.....  
.....

anders

.....  
.....

**Eventuele verdere toelichting**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Aanvragend arts: (stempel)**

Naam:

.....  
.....

Functie:

.....  
.....

Instelling / telefoonnummer:

.....  
.....

Datum aanvraag:

.....  
.....

Handtekening aanvrager:

.....  
.....

**Toestemming cliënt**

Bovengenoemde cliënt geeft door middel van zijn/haar handtekening toestemming om de nodige informatie uit te wisselen tussen betrokken hulpverleners.

Handtekening cliënt:

.....  
.....