

# VERWIJBSBRIEF ARTS



Beste Strength for Life™-coördinator,

Ik raad mijn patiënt/cliënt aan een gecontroleerd Strength for Life™-krachttrainingsprogramma te volgen waarin een progressief weerstandsformat is opgenomen.

## SOORTEN AANBIEDERS:

Rij een - Inspanningsfysiologen en fysiotherapeuten  
Niveau twee - Fitnessprofessionals die de vervolgopleiding SFL™ hebben afgerond.

### IN AANMERKING KOMEN VOOR VERWIJZING

Iedereen ouder dan 50 jaar of mensen ouder dan 40 jaar met een handicap.

## INSTRUCTIES VOOR VERWIJZING

1. Degenen die drie of minder risicofactoren van laag niveau vertonen, verwijzen wij naar een Tier Two-aanbieder.
2. Degenen met chronische aandoeningen, revalidatiebehoeften voor blessures of vier of meer risicofactoren verwijzen naar Tier One Provider.

## DEELNEMERGEGEVENS

Titel (juffrouw, mevrouw, mevrouw, meneer): \_\_\_\_\_ Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Voorstad: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_ Geslacht: ☐ -Mannelijk ☐ -Vrouwelijk

## BLOEDDRUK

Bloeddruk: \_\_\_\_\_ Datum getest: \_\_\_\_\_

## MEDISCHE OMSTANDIGHEDEN

Vink het/de juiste vakje(s) aan.

<input type="checkbox"/> Hypertensie	<input type="checkbox"/> Recente operatie	<input type="checkbox"/> Visusstoornis	<input type="checkbox"/> Hartziekte
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hersen-/ruggenmergletsel	<input type="checkbox"/> Hoge cholesterol
<input type="checkbox"/> Neurologische stoornis	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Spierpijn	<input type="checkbox"/> Epilepsie/aanvallen
<input type="checkbox"/> Chronische vermoeidheid	<input type="checkbox"/> Val/slecht evenwicht	<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Gebroken botten

## GEZONDHEIDSGESCHIEDENIS/HUIDIGE MEDICATIES

Voeg een samenvattende afdruk van de medische geschiedenis en de huidige medicijnen toe. Geef indien nodig een toelichting in de toelichting.

## OPMERKINGEN

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Kruis een van de volgende zaken aan met betrekking tot de voortgang van uw patiënt:

☐

Ja, ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de voortgang van de cliënt/patiënt

-Nee, ik wil niet op de hoogte gehouden worden van de voortgang van de cliënt/patiënt

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### VERWIJZINGSTYPE (kruis één vakje aan):

-**Rij een**- lessen gegeven door inspanningsfysiologen en fysiotherapeuten

-**Niveau twee**- lessen gegeven door fitnessprofessionals die de geavanceerde training Strength for Life™ hebben voltooid.

-**Niveau werkende senioren**- voor senioren die buiten de standaard werkuren aanwezig moeten zijn. De patiënt moet in staat zijn om zonder toezicht deel te nemen aan Tier Two-omgevingen.

### VERWIJZENDE ORGANISATIE- OF CENTREGEGEVENS

Naam Medisch Centrum:

Adres verwijzend centrum:

Naam van de verwijzende persoon:

Telefoonnummers:

Faxnummer:

E-mailadres:



VOOR VERDUIDELIJKING CONTACT

COTA (WA)

Telefoon: (08) 9472 0104 / Fax: (08) 9253 0099

[sfl@cotawa.org.au](mailto:sfl@cotawa.org.au)