



ZORGPROGRAMMA MSR  
VERWIJSFORMULIER MSR

IN TE VULLEN DOOR  
BEDRIJFSARTS/ HUISARTS



Hierbij verwijs ik onderstaande cliënt(e) naar u voor nadere diagnostiek en vervolgbehandeling conform het medisch specialistisch zorgtraject MSR. Er is sprake van langdurige specifieke fysieke klachten. Meerdere factoren, waaronder fysieke en gedragsmatige factoren, spelen een rol in de oorzaak en het beloop van de klachten. Gezien de multifactoriële oorzaak en mijn verwachting dat de cliënt(e) gemotiveerd en trainbaar is, heeft inzet van uw geïntegreerde multidisciplinaire benadering mijn voorkeur boven een monodisciplinaire behandeling elders (in de 1e of 2e lijnszorg).

In grijs gearceerd	:	Zijn verplichte velden
--------------------	---	------------------------

**Verwijzend arts**

Naam (initialen)	:	
Functie verwijzer	:	
Naam instantie	:	
Postcode/ Plaats	:	
AGB code verwijzer	:	
Telefoon	:	
Mobiel	:	
E-mail	:	

**Cliënt**

Naam (initialen)	:	
Geboortedatum	:	
Adres	:	
Postcode/ Woonplaats	:	
Telefoon	:	
Mobiel	:	
E-mail	:	
BSN-nummer	:	
Zorgverzekeraar	:	
Klantnummer zorgverzekeraar	:	

**Werkgever** *(alleen invullen door een bedrijfsarts)*

Naam bedrijf	:	
Afdeling	:	
Contactpersoon (initialen)	:	Dhr. / Mw.
Adres bedrijf	:	
Postcode/ Plaats	:	
Employee nr. client	:	
Telefoon werk	:	
E-mail	:	

**Verzuimgegevens** *(alleen invullen door een bedrijfsarts)*

Verzuim	:	ja / nee
Dreigend verzuim	:	ja / nee
Werknemer werkt in eigen functie	:	ja / nee
Percentage verminderde inzetbaarheid	:	%
Recidief algemeen (binnen 1 jaar dezelfde klacht)	:	ja / nee
Inschatting verzuim zonder interventie MER	:	
WIA	:	ja / nee
Ingangsdatum WIA	:	

**Voorkeur plaats van vervolgenterventie(s)** *(één keuze aanvinken)*

- Expertisecentrum Belife Zorg te Rotterdam / Didam / Aalsmeer / Bergen op Zoom of Venlo
- In woon/ werkomgeving cliënt

Medische verwijfsdiagnose, inclusief relevante voorgeschiedenis en aanvullende onderzoeksgegevens\*

*\* Belife Zorg verzoekt de verwijzer alle relevante medische informatie toe te voegen aan de verwijzing (per post, fax, mail).*

- Mijns inziens voldoet de cliënt aan alle inclusie criteria zoals vernoemd in bijlage 1.
- Als (bedrijfs)arts heb ik geen bezwaar dat Belife Zorg bovengenoemd bedrijf benadert voor aanvullende dienstverlening (casemanagement conform de Wet Poortwachter).

Handtekening/ stempel verwijzer	:	
Datum verwijzing	:	

**De ondertekende verwijzing gaarne per omgaande toesturen naar Belife Zorg BV:**

- Per post: STAC mens & arbeid  
t.a.v. Zorgprogramma MSR  
Antwoordnummer 14102  
4664 WG LEPELSTRAAT.

(In te vullen door Belife administratie)

Datum ontvangst	:	
-----------------	---	--

*Verwijsformulier Bijlage 1*

**Inclusiecriteria, welke allen van toepassing dienen te zijn:**

- Aspecifieke klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat al dan niet gecombineerd met psychosociale problematiek
- Klachten bestaan langer dan 3 maanden en/of leiden tot langer dan 6 weken verzuim
- Reguliere eerste en/of tweedelijns zorg is ingezet zonder afdoende resultaat: de klachten kennen een abnormaal beloop
- Eerder ingezette zorg is inmiddels stopgezet
- Geïntegreerde multidisciplinaire medisch specialistische zorg heeft de voorkeur boven monodisciplinaire medisch specialistische zorg
- (Langdurige) gedragsmatige aanpak is wenselijk
- De cliënt is voldoende intrinsiek gemotiveerd, trainbaar en bereid een intensief behandeltraject te doorlopen
- Er is geen sprake van een psychiatrische stoornis
- Oorzaak en/of abnormaal beloop van de klachten berusten niet op een conflict met de werkgever of ongeval (met letselschadeprocedure)