

## Verwijsformulier voor Generalistische Basis GGZ / Specialistische GGZ Volwassenen

Datum verwijzing\*: - -  
Naam patiënt\*:  
Geboortedatum\*: - -  
BSN\*:  
Adres\*: Postcode\*: Woonplaats\*:  
Telefoonnummer\*:  
E-mailadres\*:

Naam verwijzer\*:  
Functie verwijzer\*  
AGB-code verwijzer\*:  
Naam van de praktijk\*:  
AGB-code praktijk / instelling\*:  
Verzekering:

**\* = Verplichte velden**

Beste collega,

De bovengenoemde patiënt verwijs ik naar:

Generalistische Basis GGZ (BGGZ)      Specialistische GGZ (SGGZ)

*Het is noodzakelijk dat u een keuze maakt tussen BGGZ of SGGZ.*

Ik vermoed dat er sprake is van:

AD(H)D  
Angststoornis  
Autisme  
Bipolaire stoornis  
Stemmingsstoornis/depressieve stoornis nl.:  
Eetstoornis nl.:  
Persoonlijkheidsstoornis nl.:  
Posttraumatische stress-stoornis  
Gecompliceerde seksuele stoornis nl.:  
Somatiek & Psyche  
Anders nl.:

Verdere gegevens, achtergrondinformatie, symptomen, hulpvraag en relevante details zijn (graag zo volledig mogelijk (digitaal) invullen):

Met vriendelijke groet,

Handtekening verwijzer en/of stempel v/d praktijk\* (\*graag alleen digitaal invullen):