

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**

De bovengenoemde patiënt verwijst 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/depressive stoornis nl.:
 Eetstoornis nl.:
 Persoonlijkheidsstoornis nl.:
 Posttraumatische stress-stoornis
 Gecompliceerde seksuele stoornis nl.:
 Somatiek & Psyche
 Anders nl.:

Om uw aanmelding goed te kunnen beoordelen hebben we onderstaande gegevens nodig:

Klachten

Wat zijn de klachten van de patiënt?

Aanmeldredenen + hulpvraag

Wat is de reden dat de patiënt zich wil aanmelden bij INTER-PSY? Wat is de hulpvraag waar de patiënt mee geholpen wil worden?

Eerdere hulpverlening

Is er sprake van eerdere hulpverlening? Wat voor behandeling heeft er destijds plaatsgevonden en welke diagnoses zijn er in het verleden vastgesteld? Indien aanwezig zouden we graag de rapportage van de eerdere behandeling ontvangen.

Leefsituatie van de patiënt

Wat is de gezinssituatie? Is er sprake van werk/dagbesteding? Eventuele andere relevante informatie.

Middelengebruik

Is er sprake van middelengebruik?

Andere betrokken hulpverleners

Zijn er andere betrokken hulpverleners? Indien mogelijk graag met contactgegevens.

Met vriendelijke groet,

Handtekening verwijzer en/of stempel van de praktijk* (*graag alleen digitaal invullen):