

VERWIJSFORMULIER voor verwijzing naar de GGZ

1

Patiënt
Naam, voorletters:
Geb. datum:
Adres:
BSN:
Zorgverzekeringnr:

2

Verwijzing naar:

- Generalistische Basis GGZ (GBGGZ). Product-inschatting indien mogelijk:
 Specialistische GGZ
 Verwijzing voor problematiek buiten de GBGGZ

- Basis Kort
 Basis Middel
 Basis Intensief

Kies
3a of
3b

3a

Er is sprake van een psychische stoornis (DSM IV):

3b

Er is het **vermoeden** van een stoornis op het gebied van:

VOLWASSENEN

- Angstklachten
 Dwangklachten
 Trauma
 Gedragsproblemen
 Stemmingsklachten
 Somatoforme klachten
 Slaapproblemen

- Impulscontroleproblemen
 Eetproblemen
 Cognitieve problemen
 Persoonlijkheidsproblematiek
 Aandachts- en/of hyperactiviteitsproblemen
 Problemen in autistisch spectrum
 Trauma / PTSS
 Seksuele problemen

KINDEREN&JEUGD (0-18 jr.)

- Ontwikkelingsproblemen
 Hechtingsproblemen
 Zindelijkheidsproblemen
 Gedragsproblemen

Overig, nl.

4

Beschrijving klachten/symptomen/relevante voorgeschiedenis/gebruikte screener:

5

Hulpvraag en/of toelichting:

Graag uw onderzoek en zonedig behandeling

6

Medicatie:

7

Verwijzer
Naam:
Beroep:
AGB code:
Praktijkgegevens:

Datum:

Handtekening:

Heeft u alle 7 onderdelen ingevuld?