

VERWIJJSFORMULIER Huisartsenzorg -- GGZ

Patiënt

Naam, voorletters:

Geb. datum:

Adres:

BSN:

Zorgverzekeringnr:

Verwijzing naar

O Generalistische Basis GGZ (GBGGZ), product-inschatting indien mogelijk:

O Basis Kort

O Basis Middel

O Basis Intensief

O Specialistische GGZ (SGGZ)

O Indien Kind en Jeugd (<18 jr)(praktijk benoemen)

Verwijsreden

Er is sprake van (het vermoeden van) een DSM IV Classificatie, een psychische stoornis nl.....

met de volgende klachten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angstklachten | <input type="checkbox"/> Problemen in het autistisch spectrum |
| <input type="checkbox"/> Spanningsklachten | <input type="checkbox"/> Gedragsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Stemmingsklachten | <input type="checkbox"/> Ontwikkelingsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Somatoforme klachten | <input type="checkbox"/> Hechtingsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Slaapproblemen | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Impulscontroleproblemen | <input type="checkbox"/> Communicatieproblemen |
| <input type="checkbox"/> Eetproblemen | <input type="checkbox"/> Zindelijkheidsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Cognitieve problemen | <input type="checkbox"/> Seksuele problemen |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblematiek | <input type="checkbox"/> Dwangklachten |
| <input type="checkbox"/> Psychotische klachten | |
| <input type="checkbox"/> Levensfaseproblemen/ identiteitsproblemen | |
| <input type="checkbox"/> Verslavingsproblemen (alcohol, middelen etc) | |
| <input type="checkbox"/> Aandachts- en/of hyperactiviteitsproblemen | |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: | |

.....
.....

Medicatie:

Informatie over aard, ernst, duur van de klachten, comorbiditeit en indien van toepassing (psychiatrische voorgeschiedenis en suïcidaliteit).

Aangeboden middels uitdraai journaal, separaat schrijven of op achterzijde van dit formulier.

Verwijsvraag:

.....
.....

Verwijzer

Naam:

Beroep:

AGB code:

Praktijkgegevens:

Indien aanwezig gegevens GGZ-screener/vragenlijst:

Datum:

Handtekening:

Met het volledig invullen van dit formulier wordt voldaan aan de voorwaarden die de zorgverzekeraar hieraan stelt.