

Verwijzer

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

AGB-code:

Functie:

Betreft patiënt

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geb.datum:

Datum:

(Deze mag maximaal een halfjaar voor de eerste behandeldatum liggen en mag niet daarna liggen)

Geachte collega,

Hierbij verwijs ik bovengenoemde persoon naar u voor behandeling in de Specialistische GGZ / Basis GGZ.

(doorhalen wat niet van toepassing is)

Er is sprake van een psychische stoornis. Ik vermoed de volgende diagnose:

(aankruisen wat van toepassing is)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> persoonlijkheidsstoornis | <input type="checkbox"/> autismespectrumstoornis |
| <input type="checkbox"/> stemmingsstoornis | <input type="checkbox"/> bipolaire stoornis |
| <input type="checkbox"/> angststoornis | <input type="checkbox"/> psychotische stoornis |
| <input type="checkbox"/> eetstoornissen | <input type="checkbox"/> middelen |
| <input type="checkbox"/> ADHD | |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk: | |

Relevante aanvullende gegevens:

(denk aan psychofarmaca, psychiatrische voorgeschiedenis, familie-anamnese, relevante somatische problematiek)

Met vriendelijke groet,

(stempel van de praktijk en handtekening van de verwijzer)