Verwijsformulier

Wij kunnen alleen dit volledig ingevulde formulier in behandeling nemen. Bij voorkeur vragen wij een verwijzing via ZorgDomein met het verwijsformulier als bijlage meegestuurd.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patiëntgegevens** |  | **Gegevens verwijzer** |  |
| Achternaam cliënt |  | Naam verwijzer |  |
| Meisjesnaam (indien van toepassing) |  | Voorletters |  |
| Voorletters |  | AGB-code |  |
| Roepnaam |  | Functie |  |
| Geboortedatum |  | Adres |  |
| Geslacht | Man / vrouw / non-binaire | Postcode en woonplaats |  |
| Postcode en woonplaats |  | Telefoonnummer |  |
| Telefoonnummer |  | E-mail verwijzer |  |
| BSN-nummer |  | Type verwijzer |  |
| E-mail cliënt |  | Handtekening verwijzer + praktijkstempel |  |
| Contactpersoon en relatie |  |  |  |
| Telefoonnummer contactpersoon |  | Verwijzing naar gespecialiseerde GGZ | Ja / Nee |
| Verzekering |  |  |  |
| Polisnummer |  |  |  |
| Naam en adres van huisarts (indien huisarts niet de verwijzer is) |  |  |  |

1. **Voornaamste klachten van de cliënt**
2. **Wat denkt u, als verwijzer, dat er aan de hand is   
   (vermoeden DSM-stoornis)**

* Stoornis door gebruik van middelen
* Psychotische stoornis
* Stemmingsstoornis
* Angststoornis
* Persoonlijkheidsstoornis
* Ontwikkelingsstoornis (ADD/ADHD/ASS)
* Dissociatieve stoornis
* Eetstoornis
* Seksuele stoornis
* Slaapstoornis
* Impulscontrole stoornis
* Somatische symptoomstoornis

Complexiteit van de problematiek:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laag | Matig | Hoog |

Toelichting:

1. **Wat is de behandelvraag van de cliënt?**
2. **Risico van niet-behandeling**

Hierbij kan gedacht worden aan suïciderisico, verwaarlozing, mishandeling etc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laag | Matig | Hoog |
|  |  |  |

1. **Duur van de klacht**
2. **Eerdere hulpverlening**
3. **Medicatie**
4. **Gaat het bij deze verwijzing om bemoeizorg?**