



## Verwijsbrief voor behandeling specialistische GGZ

Datum verwijzing: \_\_\_\_\_

Verwijzing naar psychiater: \_\_\_\_\_

### **Verwijzer:**

Huisarts, naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Arbo-arts, naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Instelling, naam: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer verwijzer: \_\_\_\_\_

### **Personalia patiënt:**

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geslacht:  Man  Vrouw

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

### **Adres**

Straatnaam: \_\_\_\_\_

Huisnr: \_\_\_\_\_ Toev: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### **Aanvullend**

Nationaliteit: \_\_\_\_\_

Beroep/uitkering: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

### **Verzekering**

Verzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_

Vanaf: \_\_\_\_\_

**Aanmeldingsgegevens:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stemmingsklachten                       | <input type="checkbox"/> Angst/spanning/ fobische klachten         |
| <input type="checkbox"/> Psychotische klachten                   | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. het lichaam               |
| <input type="checkbox"/> Gedragsklachten                         | <input type="checkbox"/> Geheugen/ orientatie/ cognitieve klachten |
| <input type="checkbox"/> Identiteitsklachten                     | <input type="checkbox"/> School/ leer/ concentratieklachten        |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. opvoeding               | <input type="checkbox"/> Klachten relatie/ gezin/ familie          |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. werk/studie             | <input type="checkbox"/> klachten m.b.t. het leggen van contacten  |
| <input type="checkbox"/> Klachten n.a.v. een traumatisch voorval | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. verslaving                |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. de seksualiteit         | <input type="checkbox"/> Geen eigen klacht, m.b.t. hulp ander      |
| <input type="checkbox"/> niet in een categorie in te delen       | <input type="checkbox"/> Onbekend                                  |

Wat is de door u vermoedde psychische (DSM-IV) aandoening:

---

---

U geeft bij deze te kennen dat het een gerichte verwijzing naar de SGGZ betreft.

Hoofdrede van de verwijzing:

---

---

---

---

Eventueel specifieke vraagstelling:

---

---

---

---

Handtekening verwijzer:

Stempel verwijzer: