

Patiënt ID (sticker)

naam:

adres:

postcode/plaats:

geboortedatum:

Verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

BSN nummer:

Verwijsformulier verzenden per fax: 0343 52 26 07,
e-mail: info@ggzheuvelrug.nl

Telefoonnummer patiënt(e)

Thuis:.....

Werk:.....

Mobiel:.....

E-mail:.....

Ik verwijs patiënt(e) voor (aankruisen wat van toepassing is):

- Specialistische zorg**, er is (een vermoeden van) een DSM IV stoornis, *een matige tot hoge complexiteit en/of hoog risico en/of zeer ernstige aard. Verwijzing voor specialistische behandeling.*
- Vrije Lijn** zorg op maat buiten de verzekerde zorg om. Patiënt dient deze dus zelf te bekostigen. Er hoeft **geen** sprake te zijn van een DSM IV benoembare aandoening. Vragen m.b.t. de relatie, identiteit, school, werk etc. kunnen in de vrijelijng behandeld worden. Ook ondersteuning bij subklinische beelden is mogelijk.

Verwachte diagnose (DSM IV):

Bijzonderheden en relevante voorgeschiedenis:

Medicatie:

Gegevens over psychische voorgeschiedenis (indien aanwezig gaarne meesturen!):

Naam verwijzer:..... AGB code

Adres:..... Telefoon:.....

E-mail:.....

Datum:

Handtekening: