**Wij kunnen alleen dit volledig ingevulde formulier in behandeling nemen. Bij voorkeur vragen wij een verwijzing via ZorgDomein!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patiëntgegevens** | **Gegevens verwijzer** |
| Achternaam **patiënt** |  | Datum verwijzing |  |
| Meisjesnaam (indien van toepassing) |  | Naam **verwijzer** |  |
| Voorletters |  | Voorletters |  |
| Roepnaam |  | AGB-code |  |
| Geboortedatum |  | Functie |  |
| Geslacht | O vrouw O man | Adres |  |
| Adres |  | PC + woonplaats |  |
| Kamernummer (AZC) |  |
| PC + woonplaats |  | Telefoon |  |
| Telefoon (vast) |  | E-mail verwijzer |  |
| Mobiel |  | Type verwijzer | O huisartsO medisch specialistO ggz-instellingO SEH / crisis / politieO anders (door verwijzer in te  vullen):  |
| BSN-nummer |  | Handtekeningverwijzer + praktijk-stempel |  |
| E-mail patiënt |  |
| Land van herkomst |  |
| Taal (en dialect) |  |
| Tolk nodig | O ja O nee |
| Contactpersoon | O moederO vaderO anders: |
| Telefoon contactpersoon |  |
| Verzekering |  | Verwijzing naar | O generalistische Basis GGZX gespecialiseerde GGZ |
| **Polisnummer** |  |
| Naam en adres huisarts (als de verwijzer niet de huisarts is) |  |

1. **Voornaamste klachten van de patiënt**

|  |
| --- |
|  |

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

O psycho-organische stoornis O dissociatieve stoornis

O stoornis door gebruik van alcohol/drugs O eetstoornis

O psychotische stoornis O seksuele stoornis

O stemmingsstoornis O slaapstoornis

O angststoornis O impulscontrole stoornis

O persoonlijkheidsstoornis O stoornis bij kinderen en/of adolescenten
O autismespectrumstoornis

**Complexiteit/ Ernst van de problematiek**:O laag O matig O hoog

Toelichting:

|  |
| --- |
|  |

1. **Wat is de behandelvraag van de patiënt?**
2. **Risico van ‘niet behandeling’** O laag O matig O hoog

*(bv. kans op suïcide, verwaarlozing, mishandeling, etc.):*

|  |
| --- |
|  |

1. **Duur van de klachten**

|  |
| --- |
|  |

1. **Eerder hulpverlening of behandeling (voorgeschiedenis)**

*(wilt u gegevens voorgaande behandeling meesturen?)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Medicatie + lab gegevens**

|  |
| --- |
|  |

1. **Gaat het bij deze verwijzing om bemoeizorg?**

(M.a.w. wil deze patiënt eigenlijk niet behandeld worden?) O ja O nee

1. **Patiënt begrijpt en is akkoord met deze verwijzing?**

(M.a.w. patiënt weet waarom hij naar SGGZ gaat?) O ja O nee