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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patiëntgegevens** | | **Gegevens verwijzer** | |
| achternaam **patiënt** |  | naam **verwijzer** |  |
| meisjesnaam  indien van toepassing |  | voorletters |  |
| voorletters |  | persoonlijke  AGB-code |  |
| roepnaam |  | functie |  |
| geboortedatum |  | adres |  |
| geslacht | O vrouw O man | PC + woonplaats |  |
| adres |  | telefoon |  |
| PC + woonplaats |  | e-mail verwijzer |  |
| telefoon nr. (vast) |  | datum verwijzing |  |
| mobiel nr. |  | type verwijzer | O huisarts / bedrijfsarts  O medisch specialist  O ggz instelling  O Bureau Jeugdzorg /   Centrum Jeugd en Gezin |
| BSN-nummer |  | handtekening  verwijzer +  praktijkstempel |  |
| e-mailadres patiënt |  |
| contactpersoon | Naam:  Relatie tot patiënt: |
| tel. contactpersoon |  |
| verzekering |  | verwijzing naar | O generalistische basis-ggz  X gespecialiseerde ggz |
| **polisnummer** |  | | |

1. **Voornaamste klachten van de patiënt**
2. **Wat denkt u, als verwijzer dat er aan de hand is**

(om de vermoede DSM stoornis aan te geven, kunt u één of meer vakjes aankruisen)

O stoornis in de ontwikkeling (bv. autisme) O somatoforme stoornis

O delirium, dementie, amnestische/andere cognitieve stoornis O nagebootste stoornis

O psychische stoornis door somatische aandoening O dissociatieve stoornis

O aan middelen gebonden stoornis O seksuele stoornis / genderidentiteitsstoornis

O schizofrenie en andere psychotische stoornis O eetstoornis

O stemmingsstoornis O slaapstoornis

O angststoornis O stoornis in de impulsbeheersing

O persoonlijkheidsstoornis O anders: ………………………………………

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

1. **Risico van ‘niet behandeling’** O laag O matig O hoog

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

1. **Duur van de klachten:**
2. **Eerder hulpverlening of behandeling (voorgeschiedenis):**

*(wilt u gegevens voorgaande behandeling meesturen?)*

1. **Medicatie + lab gegevens:**
2. **Gaat het bij deze verwijzing om bemoeizorg?**

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