

VERWIJLSFORMULIER BASIS GGZ (alle velden aan-/invullen)

Patiëntgegevens

Naam:
Voorletters:
Roepnaam:
Geslacht:
Geboortedatum:
BSN:
Telefoon/Mobiele nummer:..... /.....
Email:
Adres:
PC/Woonplaats:

Medische diagnose en opmerkingen:

De vermoedelijke DSM diagnose: (omcirkelen wat van toepassing is)

- depressieve stemmingsstoornis
.....
- angststoornis
.....
- trauma- / stressgerelateerde stoornis
.....
- somatisch-symptoomstoornis
.....
- Anders, te weten:

Opmerkingen:

Verwijzing voor:

- Basis GGZ Kort (300 minuten / max 4 gesprekken)
- Basis GGZ Middel (500 minuten / max 7,5 gesprekken)
- Basis GGZ Intensief (750 minuten / max 11 gesprekken)
- Basis GGZ Onduidelijk: na intake zelf te bepalen

Gegevens verwijzende huisarts / bedrijfsarts / medisch specialist

Naam:
AGB-code:
Praktijk:
Adres:
Datum verwijzing:.....

Handtekening: