**VERWIJSFORMULIER**   
   
**Gegevens van de verwijzer:**   
Naam: …………………………………………………………………………...   
Adres: …………………………………………………………………………...   
Postcode/ woonplaats: …………………………………………………………………………..   
Telefoonnummer: …………………………………………………………………………...   
Evt. stempel van de praktijk:

**Gegevens van de patiënt:**   
Naam: …………………………………………………………………………...   
Adres: …………………………………………………………………………...   
Postcode/ woonplaats: …………………………………………………………………………..   
Geboortedatum: …………………………………………………………………………...   
Telefoonnummer: …………………………………………………………………………...   
Zorgverzekeraar: …………………………………………………………………………...  
   
Verwijzing voor:   
0 Basis GGZ (ambulante behandeling)  
0 Specialistisch GGZ (ambulante behandeling)  
0 Specialistisch GGZ (klinische behandeling)  
  
**Reden voor aanmelding /opname:**   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Beschrijven noodzaak/motivatie voor klinische behandeling (indien van toepassing):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Diagnose/ vermoeden van DSM 5:**   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
   
**Voorgeschiedenis hulpverlening: (graag rapportage toevoegen)**   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
   
**Gevolgen voor het huidige functioneren:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
   
**Medicatie:**   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
   
**Overige relevante gegevens/aanvullingen:**   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
   
**Datum: Handtekening verwijzer:**   
……………………………………. ………………………………………………….   
   
U kunt de verwijsbrief naar ons verzenden via e-mail [behandelsecretariaat@hezenberg.nl](mailto:behandelsecretariaat@hezenberg.nl)