**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