

Verwijsbrief voor cliënten vanaf 18 jaar

Huisarts :

AGB-code verwijzer :

Adres :

Postcode / woonplaats :

Telefoonnummer :

Datum :

Cliëntgegevens

Voorletters : Man Vrouw

Achternaam :

Geboortedatum :

BSN-nummer:

Adres :

Postcode / woonplaats :

Telefoonnummer :

Emailadres :

Hulpvraag:

Vermoedens op het gebied van DSM-4 stoornis

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stemmingsstoornis | <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornis |
| <input type="checkbox"/> Angststoornis | <input type="checkbox"/> Psychotische stoornis |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatische stress stoornis | <input type="checkbox"/> Autisme (niet voor diagnostiek) |
| <input type="checkbox"/> Somatoforme stoornis | <input type="checkbox"/> ADHD (niet voor diagnostiek) |
| <input type="checkbox"/> Onduidelijk, Diagnose en Advies Consult (DAC) gevraagd | <input type="checkbox"/> Overige namelijk: |

Inschatting betreft zorgvraagzwaartepakket

- Kortdurend (gem. ±5 sessies)
- Middellang (gem. ±8 sessies)
- Intensief (gem. ±12 sessies)
- Chronisch (gem. ±12 sessies)

Relevante somatische gegevens en medicatie

Eerdere behandelingen en documentatie (bijvoorbeeld uitschrijfbrief)

Aanvullende informatie

Handtekening huisarts: