

# VERWIJSBRIEF GGZ

## Gegevens verwijzer

Naam :  
functie :  
AGB-code :

## Patientgegevens

Naam :  
Geboortedatum :  
Adres :  
Postcode en plaats :  
BSN :  
Verzekering :

**Verwijsdatum** :

Gebruikte GGZ screener (indien van toepassing):

**Verwijzing voor:**       Generalistische Basis GGZ                       Specialistische GGZ

**Reden verwijzing:** vermoeden van / sprake van de volgende DSM-V stoornis:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nog niet gespecificeerd  | <input type="checkbox"/> somatoforme stoornis                                      |
| <input type="checkbox"/> depressieve stoornis     | <input type="checkbox"/> eetstoornis   |
| <input type="checkbox"/> angststoornis            | <input type="checkbox"/> aan een middel gebonden stoornis                          |
| <input type="checkbox"/> acute stressstoornis     | <input type="checkbox"/> stoornis in de impulsbeheersing                           |
| <input type="checkbox"/> PTSS                     | <input type="checkbox"/> aandachtstekort- en gedragsstoornis, bijv. AD(H)D         |
| <input type="checkbox"/> persoonlijkheidsstoornis | <input type="checkbox"/> seksuele stoornis   |
| <input type="checkbox"/> dwang stoornis           | <input type="checkbox"/> pervasieve ontwikkelingsstoornis, bijv. autisme, Asperger |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk:        |  |

**Medicatie** :

## Eventueel aanvullende informatie:

(bijvoorbeeld voorgeschiedenis, relevante somatische problematiek)

Handtekening: