|  |  |
| --- | --- |
| **Verwijsbrief voor Basis GGZ en Specialistische GGZ Arkin****fax: 020-590.55.90****email:** **aanmelden@arkin.nl****tel.: 088-505.12.02****Verwijzen is ook mogelijk via** [**ZorgDomein**](https://zorgdomein.com/) |  |

De volgende merken maken deel uit van [**Arkin**](https://arkin.nl/merken/) (klik voor verdere informatie per merk):

























|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Verzender** |
| **Naam en functie\*:** |       |
| **Uit naam van\*:** |       |
| **AGB-code\*:** |       |
| **Organisatie\*:** |       |
| **Org. AGB-code\*:** |       |
| **Adres\*:** |       |
| **Woonplaats\*:** |       |
| **Tel\*:** |       |
| **Fax:** |       |
| **Intercollegiaal overleg:** |       |

 |

|  |
| --- |
| **Patiënt** |
| **Naam\*:** |       |
| **Geboortedatum\*:** |       |
| **BSN\*:** |       |
| **Adres\*:** |       |
| **Woonplaats\*:** |       |
| **Tel\*:** |       |
| **Email:** |       |
| **Zorgverzekeraar\*:** |       |
| **Verzekeringsnummer:** |       |
| **Contactperso(o)n(en):** |       |
| **Tel Contactperso(o)n(en):** |       |

 |
|

|  |
| --- |
| **Verwijzing** |
| **Datum\*:** | 2-12-2019 |
|  |  |
|  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |
| **Zorgzwaarte\*:** | [ ]  BasisGGZ [ ]  Specialistische GGZ |
| **Toegangstijd\*:** | [ ]  Regulier[ ]  Acuut, **bel *ALTIJD* met regionale crisisdienst** |

 |

|  |
| --- |
| **Kerndeel** |
| Geachte collega, |
| *Reden van verwijzing, vraagstelling\** |       |
| *Heraanmelding* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Vermoeden DSM 5 stoornis(sen)\** | [ ]  ADHD (tot 23 jaar) | [ ]  Angstklachten  | [ ]  Autisme (tot 23 jaar) |
|  | [ ]  Cognitieve problemen (o.a. dementie)  | [ ]  Eetproblemen | [ ]  Persoonlijkheids- problemen  |
|  | [ ]  Psychose | [ ]  Psychotraumatische- klachten | [ ]  Relatie- en gezinsproblemen |
|  | [ ]  Stemmingsklachten | [ ]  Verslavingsproblemen | [ ]  Overig, namelijk       |

|  |  |
| --- | --- |
| *Ernst\** | [ ]  licht [ ]  matig [ ]  ernstig |
| *Relevante* *Probleem- / episodelijst* |       |
| *Psychiatrische voorgeschiedenis* |       |
| *IQ* |       |
| *Medicatie actueel* |       |
| *Besproken met patiënt* | [ ]  ja [ ]  nee |
| *Procedurevoorstel* | [ ]  overname behandeling [ ]  consultatie en terugverwijzing |
| *Ook bekend bij* |       |
| *Suïcidaliteit* |       |
| *Risicovol leefgedrag* |       |
| *Allergie, intolerantie* |       |
| **Aanvullend deel** |
|  |       |
| **Bijlagen, graag informatie over relevante behandeling/medicatie toevoegen**  |
| *Bijlagen* |       |
| *Toelichting op bijlagen* |       |
| Met collegiale groet, |
| Handtekening en naam\* praktijkstempel\*\*------------------------------- ----------------------- |

*\* verplicht te vullen veld*

*\*\* indien een praktijkstempel niet voorhanden is kunt u volstaan met het toevoegen van een kort begeleidend schrijven op logopapier van uw organisatie*