

# VERWIJSFORMULIER NAAR GGZ KEIZERSGRACHT

Gelieve dit formulier invullen en faxen: 020-6226257 of mailen: [secretariaat@ggzkeizersgracht.nl](mailto:secretariaat@ggzkeizersgracht.nl)



## Patientgegevens:

<b>Geslacht:</b>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<b>Zorgverzekeraar:</b>	
<b>Voorletters:</b>		<b>Adres:</b>	
<b>Naam:</b>		<b>Postcode/ Plaats:</b>	
<b>Geb. datum:</b>		<b>Tel.nr:</b>	
<b>BSN:</b>		<b>E-mail:</b>	

<b>Vermoedelijk DSM 5: *</b>	<input type="checkbox"/> Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	<input type="checkbox"/> Voedings- en eetstoornissen
	<input type="checkbox"/> Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	<input type="checkbox"/> Stoornissen in de zindelijkheid
	<input type="checkbox"/> Bipolaire stemmingsstoornissen	<input type="checkbox"/> Slaap-waakstoornissen
	<input type="checkbox"/> Depressieve stemmingsstoornissen	<input type="checkbox"/> Seksuele disfuncties
	<input type="checkbox"/> Angststoornissen	<input type="checkbox"/> Genderdysforie
	<input type="checkbox"/> Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	<input type="checkbox"/> Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen
	<input type="checkbox"/> Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	<input type="checkbox"/> Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen ( <u>LET OP! Geen actieve verslavingsproblematiek!</u> )
	<input type="checkbox"/> Dissociatieve stoornissen	<input type="checkbox"/> Neurocognitieve stoornissen
	<input type="checkbox"/> Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornissen
		<input type="checkbox"/> Overige psychische stoornissen, ....

<b>VERWEZEN NAAR: *</b>	<input type="checkbox"/> <b>Gespecialiseerde GGZ (SGGZ)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)</b>
<b>Risico: *</b>	Hoog	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig
<b>Complexiteit:*</b>	Hoog	<input type="checkbox"/> Afwezig <input type="checkbox"/> Laag
<b>Evt. opmerkingen:</b>		

\* *verplicht*

Naam/stempel/AGB en handtekening verwijzer:

Datum: