



VERWIJFSFORMULIER

Svp dit formulier ingevuld meegeven aan cliënten of gescand mailen aan Psychologenpraktijk Anita Schook of Jesca Smulders. (anitaschook@lijbrandt.nl) (info@jescasmulders.demon.nl)

Naam huisartsenpraktijk:

Naam verwijzer :

AGB-code verwijzer :

Datum verwijzing :

Naam cliënt :

Adres :

Woonplaats :

Geboortedatum :

Verzekering en nummer:

BSN :

Geachte collega,

Bovengenoemde cliënt(e) wordt op mijn advies naar u doorverwezen voor:

- Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)
- Gespecialiseerde GGZ (GGGZ)

(svp aanvinken wat van toepassing is)

De verwijzing betreft een (vermoeden) van de volgende klachten (meerdere items mogelijk):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angststoornis | <input type="checkbox"/> Impulsregulatiestoornis |
| <input type="checkbox"/> Depressieve klachten/stemmingsstoornis | <input type="checkbox"/> AD(H)D |
| <input type="checkbox"/> Somatoforme stoornis | <input type="checkbox"/> Gedragsstoornis |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatische stress-stoornis | <input type="checkbox"/> Ontwikkelingsstoornis /Autismespectrum-stoornis (jeugd) |
| <input type="checkbox"/> Seksuele stoornis | <input type="checkbox"/> Overige stoornissen in de kindertijd |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis | <input type="checkbox"/> Verslavingsstoornis |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornis | |

- aanpassingsstoornis *
- relatieproblematiek *
- werkgerelateerde problematiek *
- slaapstoornis *
- rouwreactie *
- levensfase-/identiteitsproblematiek *

*) wanneer dit primaire problematiek is wordt dit niet vergoed door de zorgverzekeraar, tenzij het onder de aanvullende verzekering valt.

- overige klachten: _____

Met vriendelijke groet,
Handtekening