



Verwijsformulier GBGGZ

S.v.p. dit formulier ingevuld meegeven aan cliënt, faxen of mailen naar ons vooraf aan aanmelding.

Naam / stempel huisartsenpraktijk:

Naam verwijzer:

AGB-code verwijzer:

Naam cliënt:

Adres:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Verzekering:

BSN:

Verwijsdatum:

Geachte collega,

Bovengenoemde cliënt(e) verwijst ik voor **Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)** i.v.m. vermoeden van een DSM-stoornis (s.v.p. aanvinken wat primair van toepassing is):

Angststoornis

Depressie / Stemmingsstoornis

Somatoforme stoornis

Seksuele stoornis

Eetstoornis

Persoonlijkheidsstoornis

Impulsregulatiestoornis

AD(H)D

Ontwikkelingsstoornis /Autismespectrum-stoornis (jeugd)

Overige stoornissen kindertijd

Verslavingsstoornis

Cognitieve stoornis (mild)

*aanpassingsstoornis **

*relatieproblematiek **

*werkgerelateerde problematiek **

*slaapstoornis**

*rouwreactie**

*levensfase-/identiteitsproblematiek**

*** wanneer dit primaire problematiek is, wordt dit niet vergoed vanuit de basisziektekostenverzekering, mogelijk wel vanuit de aanvullende verzekering.**

Evt. aanvulling of onderbouwing m.b.v. screeningstool:

Met vriendelijke groet,
(Handtekening)