

## Verwijsbrief voor behandeling specialistische GGZ of basis GGZ

Verwijzing naar instelling: Stichting re-Activate Zorg, AGB code 22-220 230

Datum verwijzing \_\_\_\_\_

### **Verwijzer:**

Huisarts, naam: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_  
 Bedrijfsarts, naam: \_\_\_\_\_ Telefoonnr: \_\_\_\_\_

### **Uw verwijzing betreft (maak één keuze):**

- Verwijzing voor **SGGZ (specialistische GGZ)**  
 Verwijzing voor **BGGZ (basis GGZ)**

### **Personalia cliënt:**

Achternaam: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_  
Voorletters: \_\_\_\_\_ Emailadr: \_\_\_\_\_  
Roepnaam: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_  
Woonadres: \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Ziektekostenverzekering: \_\_\_\_\_

### **Aanmeldingsgegevens:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stemmingsklachten                   | <input type="checkbox"/> Angst / spanning / fobische klachten        |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. het lichaam         | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. verslaving                  |
| <input type="checkbox"/> Gedragsklachten                     | <input type="checkbox"/> Geheugen / oriëntatie / cognitieve klachten |
| <input type="checkbox"/> Identiteitsklachten                 | <input type="checkbox"/> School- / leer- / concentratieklachten      |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. opvoeding           | <input type="checkbox"/> Klachten relatie / gezin / familie          |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. werk / studie       | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. het leggen van contacten    |
| <input type="checkbox"/> Klachten n.a.v. traumatisch voorval | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. seksualiteit                |

### **Wat is de door u vermoede psychische (DSM-V) aandoening:**

---

---

### **Eventueel specifieke vraagstelling:**

---

---

Handtekening verwijzer:

Stempel verwijzer:

AGB code verwijzer: