

# VERWIJBSBRIEF GGZ

(niet voor jeugd)

## VERWIJZER

Naam verwijzer : \_\_\_\_\_ Datum aanmelding : \_\_\_\_\_  
Telefoon/Fax (intercollegiaal) : \_\_\_\_\_ Adres : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Postcode/Plaats : \_\_\_\_\_

## CLIËNT GEGEVENS

Voorletter(s)/Naam : \_\_\_\_\_ **M / V** BSN (Burger Service Nummer) : \_\_\_\_\_  
Meisjesnaam (indien getrouwd) : \_\_\_\_\_ Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_ Verzekering (naam en nummer) : \_\_\_\_\_  
Postcode/Plaats : \_\_\_\_\_ Naam contactpersoon : \_\_\_\_\_  
Telefoon / Mobiel : \_\_\_\_\_ / **06** Telefoon contactpersoon : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

## URGENTIE

**ACUUT** (zien < 24 uur) altijd ook telefonisch

BUITEN KANTOORUREN SPOEDEISENDE PSYCHIATRIE AMSTERDAM: 020-523 54 33

TIJDENS KANTOORUREN ACUUT BEHANDEL TEAM VOLWASSENEN:

Arkin Noord 020-590 54 44 - Centrum / Oud-West 020-523 54 33 - Oost / Zuidoost 020-519 87 87 - GGZ inGeest Zuid / Nieuw-West 020-788 53 33

TIJDENS KANTOORUREN OUDEREN (v.a. 65 jaar):

Arkin Noord / Zuidoost / Diemen 020-590 84 20 - Centrum / Oud-West / Oost 020-590 46 66 - GGZ inGeest Zuid / Nieuw-West 020-788 53 33

## **ELECTIEF NAAR:**

- Eerstelijns psycholoog
- Psychotherapeut
- Vrijgevestigd psychiater

- Arkin T 020-590 55 55 F 020-590 55 90
- GGZ inGeest T 020-788 55 55 F 020-788 55 54
- Derden, namelijk: \_\_\_\_\_

## ACHTERGROND INFORMATIE

Klacht, vraagstelling: \_\_\_\_\_

Anamnese: \_\_\_\_\_

Relevante comorbiditeit: \_\_\_\_\_

Suïcidaliteit, namelijk: \_\_\_\_\_

Risicovol leefgedrag, waaronder verslavingen: \_\_\_\_\_

Reeds ingestelde behandeling, incl. resultaat: \_\_\_\_\_

Medicatie actueel incl. startdatum: \_\_\_\_\_

Relevante psychiatrische voorgeschiedenis en/of bijzondere omstandigheden: \_\_\_\_\_

Andere hulpverleners/ instellingen betrokken? Zo ja, naam en contactgegevens: \_\_\_\_\_

Diagnostiek/ conclusie: \_\_\_\_\_

## PROCEDURE VOORSTEL

- Diagnostiek
- (overname) Behandeling
- Heraanmelding (< 1 jaar)
- Vooroverleg gewenst
- Medicatie/ behandeladvies
- Second opinion
- Overig \_\_\_\_\_
- JA / NEE

## AANVULLENDE INFORMATIE

Wat is besproken met patiënt: \_\_\_\_\_  
Voorzieningen nodig bij consult: \_\_\_\_\_  
(denk aan Tolk, welk land van herkomst, familie betrekken)