

VERWIJDSBRIEF 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: _____)