**VERWIJSFORMULIER CONSULTATIE VERPLEEGHUIZEN**

**SPECIALISTISCHE OUDERENPSYCHIATRIE GGZ inGEEST**

Stuur het volledig ingevuld verwijsformulier (incl. bijlagen) via beveiligde mail naar:

Aanmelding & Informatie GGZ inGeest

E: aanmelding@ggzingeest.nl

T: 088 – 788 5015

| Datum aanvraag  Consultvraag  Zorgzwaartepakket  Grondslag indicatie (zonder vermelding kan geen diagnostiek/behandeling worden geleverd) | ……………………………………………………………………………………………………………   diagnostiek  behandeling  ……………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………… |
| --- | --- |
| Naam cliënt  (voorletter(s), voorvoegsel, achternaam)  Geslacht  Adres  Postcode en woonplaats  Telefoon  BSN  Geboortedatum  Documentnummer identificatie  *LET OP: Zonder documentnummer kunnen wij geen consult verlenen!* | ……………………………………………………………………………………………………………   man  vrouw  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………   paspoort:   ID-kaart:   rijbewijs: |

| Naam zorgverzekeraar  Polisnummer | ……………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………… |
| --- | --- |

| **Gegevens aanvrager**  Naam en voorletters  Functie  AGB-code  Instelling  Telefoon  Contactpersoon  (indien niet de aanvrager)  Naam en voorletters  Functie  Telefoon | ……………………………………………………………………………………………………………   Specialist Ouderengeneeskunde   Arts verstandelijk gehandicapten   huisarts  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………… |
| --- | --- |

| **Verwijsvraag**: (geef in concrete woorden aan wat de verwijsvraag is en waarvoor u diagnostiek en/of behandeling wilt) |
| --- |
| **Reden**: (geef een beschrijving van klachten, symptomen, duur, frequentie, plaats en omstandigheden) |

| **Eerdere interventies**: |
| --- |

| **Medische voorgeschiedenis**: |
| --- |

| **Bijlagen**: (voor een zo volledig mogelijk beeld van de cliëntsituatie ontvangen wij graag (indien aanwezig) de volgende documenten:   actueel medicatieoverzicht   medicatiehistorie   neuropsychologisch onderzoek   specialistenbrieven   recente laboratoriumuitslagen   zorgplan   overig: |
| --- |

| Datum:  Handtekening aanvrager en/of praktijkstempel: |
| --- |