**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 aanvraagConsultvraag ZorgzwaartepakketGrondslag indicatie (zonder vermelding kan geen diagnostiek/behandeling worden geleverd) | …………………………………………………………………………………………………………… diagnostiek  behandeling………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| --- | --- |
| Naam cliënt(voorletter(s), voorvoegsel, achternaam)GeslachtAdresPostcode en woonplaatsTelefoonBSNGeboortedatumDocumentnummer identificatie*LET OP: Zonder documentnummer kunnen wij geen consult verlenen!* | …………………………………………………………………………………………………………… man  vrouw……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… paspoort: ID-kaart:  rijbewijs: |

| Naam zorgverzekeraarPolisnummer | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| --- | --- |

| **Gegevens aanvrager**Naam en voorlettersFunctieAGB-codeInstellingTelefoonContactpersoon (indien niet de aanvrager)Naam en voorlettersFunctieTelefoon | …………………………………………………………………………………………………………… 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: |
| --- |