

## VERWIJSBRIEF PSYCHOLOGENPRAKTIJK GULPEN



Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hierbij bevestig ik de verwijzing van:

Naam: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode / plaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Zorgverzekering en polisnummer: \_\_\_\_\_

Voor behandeling binnen de (a.u.b. aankruisen wat van toepassing is):

- Generalistische Basis-GGZ:** bij vermoeden van een stoornis conform DSM-V met een enkelvoudige hulpvraag en klachten van licht tot matige ernst. De klachten zijn te complex om door uzelf of een POH-GGZ te worden behandeld.
- Specialistische GGZ / psychotherapie:** bij vermoeden van een stoornis conform DSM-V met een meervoudige hulpvraag en matige tot ernstige klachten, waarbij de verwachting bestaat dat een meer langdurige behandeling noodzakelijk is.

Verwijzer: \_\_\_\_\_  
AGB-code: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Reden van verwijzing (a.u.b. aankruisen wat van toepassing is):

<input type="radio"/> (vermoeden van) depressieve stoornis	<input type="radio"/> (vermoeden van) PTSS
<input type="radio"/> (vermoeden van) angststoornis	<input type="radio"/> (vermoeden van) persoonlijkheidsproblematiek
<input type="radio"/> (vermoeden van) somatoforme stoornis	<input type="radio"/> Anders:

Stempel / handtekening:

\_\_\_\_\_