

Verwijsbrief

Bij voorkeur ontvangen wij verwijzingen via Zorgdomein. Onderstaande opzet is bedoeld in geval zorgdomein niet beschikbaar is. Deze opzet voldoet aan de opgestelde eisen voor GGZ verwijzingen.

Verwijzer

Naam:..... Datum:.....
Adres:
Telefoon: Mail:
AGB-code:
 Huisarts Kinderarts Gemeente
 Medisch specialist Jeugd-arts Anders:.....

Clientgegevens

Naam + voorletters: :.....
Geboortedatum:
Adres:
Postcode en woonplaats:
BSN nummer:
Telefoonnummer:
Emailadres:

Klacht/vraagstelling

Verwijsklacht(en) en vermoedelijke DSM-diagnose:
.....
.....
Bijzonderheden:.....

Heraanmelding: Ja / Nee

Behandeling gewenst in:

Generalistische Basis GGZ
 Kort Middel Intensief Chronisch

Handtekening/stempel verwijzer:

Bij spoed of indien een snellere plaatsing gewenst is, kunt u contact opnemen via 0499 234 678 en/of per mail: info@praktijkslaaplekker.nl of via zorgmail: praktijkslaaplekker@zorgmail.nl en 500149658@lms.lifeline.nl