

## VERWIJSBRIEF Dokter Bosman

### Verwijzer

Naam verwijzer :  
Functie verwijzer :  
AGB code :  
Datum verwijzing:  
E-mail :

Adres :  
Postcode, plaats :  
Telefoon/Fax :

Geachte collega, ik verwijs naar u:

Voorletter(s)/naam :  
Adres :  
Postcode, plaats :  
Telefoon/mobiel :  
E-mail :

BSN :  
Geboortedatum :  
Verzekering :  
Nederlandstalig : Ja / Nee  
Andere taal :

### **Verwijzing naar:**

- Basis GGZ
- Gespecialiseerde GGZ

### **Aanmeldingsklachten:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stemningsklachten                           | <input type="checkbox"/> Angst/spanning/fobische klachten         |
| <input type="checkbox"/> Psychotische klachten                       | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. het lichaam              |
| <input type="checkbox"/> Gedragsklachten                             | <input type="checkbox"/> Geheugen/oriëntatie/cognitieve klachten  |
| <input type="checkbox"/> Identiteitsklachten                         | <input type="checkbox"/> School/leer/concentratieklachten         |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. opvoeding                   | <input type="checkbox"/> Klachten relatie/gezin/familie           |
| <input type="checkbox"/> Klachten n.a.v. traumatisch voorval         | <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. het leggen van contacten |
| <input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. de seksualiteit             | <input type="checkbox"/> Geen eigen klacht, m.b.t. hulp ander     |
| <input type="checkbox"/> Niet in een categorie in te delen, onbekend |   |

1. Is er een vermoeden van een psychische (DSM-IV) aandoening: Ja / Nee
2. Hoofdrede(n) van de verwijzing:
3. Specifieke vraagstelling:
4. Aanvullende informatie:
5. Ingeschat suïciderisico / TS in verleden?:
6. Minimaal 6 uur dagbesteding in de week? Ja / Nee

Handtekening verwijzer en Praktijkstempel: