



## Verwijsbrief voor Volwassenen

Datum verwijzing: \_\_\_\_\_

- Specialistische GGZ  
 Basis GGZ

### Gegevens patiënt

Naam \_\_\_\_\_  
Voornaam \_\_\_\_\_  
Geslacht  vrouw  man  
Adres \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_  
Geb. datum \_\_\_\_\_  
Verzekering \_\_\_\_\_  
Polisnummer \_\_\_\_\_  
BSN \_\_\_\_\_

### Gegevens arts/verwijzer

Naam \_\_\_\_\_  
Functie \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
AGB-code \_\_\_\_\_  
Stempel \_\_\_\_\_

### De vermoede DSM-stoornis

Kruist u onderstaand de vermoedelijke stoornis aan. Staat de vermoedelijke stoornis niet in de opsomming, gebruikt u dan de mogelijkheid 'anders'.

- Stemmingsstoornis (Bijv. depressie, dysthyme stoornis, bipolaire stoornis)  
 Angststoornis (Bijv. paniek, sociale angst, PTSS)  
 Psychotische stoornis (Bijv. verdenking op schizofrenie, waanstoornis)  
 Stoornis in de kindertijd / Ontwikkelingsstoornis (Bijv. ADHD, ADD, gedragsstoornis (ODD), autisme spectrumstoornis, pervasieve stoornis)  
 Somatoforme stoornis (onbegrepen lichamelijke symptomen, bijv. hypochondrie, pijn)  
 Persoonlijkheidsstoornis  
 Anders: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medicatie (indien van toepassing)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Opmerkingen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dit formulier opsturen:

Per post - Willem van Abcoudeplein 9,  
3515 BW Utrecht, zorgmail - 500143984  
of via het formulier op onze website

### Handtekening arts/verwijzer

\_\_\_\_\_