C O N T O U R

Psychotherapie · Systeemtherapie · Supervisie · Coaching

VERWIJSBRIEF SGGZ

Volwassenen

Aan: Praktijk Contour

Homeruslaan 22 · 3581 MG Utrecht

info@praktijkcontour.nl · Werkdag: vrijdag

AGB praktijk: 94070186

KvK: 42165778

Telefoon: 0626955352

Verwijzing naar de gespecialiseerde ggz

Vul leesbaar in, kruis de passende keuzes aan en onderteken op pagina 2.

Datum van afgifte (dd-mm-jjjj)

01 Patiëntgegevens

Naam en voorletters

Geboortedatum

BSN

Geslacht

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoon

E-mailadres

Contactpersoon patiënt: naam, relatie en telefoonnummer

02 Verwijzer / praktijk of instelling

Naam arts

Functie / specialisme

Naam huisartsenpraktijk / ziekenhuis / instelling

Adres praktijk / ziekenhuis / instelling

Persoonlijke AGB-code arts

AGB-code praktijk / ziekenhuis / instelling

Bij waarneming volstaat volgens de LVVP de AGB-code van de huisartsenpraktijk.

Telefoon verwijzer / praktijk / instelling

Beheerder brief: de verwijzer.

Naam patiënt

Geboortedatum

03 Verwijzing en vraagstelling

Bij deze patiënt is sprake van een (vermoeden van een) DSM-benoemde psychische stoornis.

Ik verwijs deze patiënt voor diagnostiek en/of behandeling naar de

gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) bij Praktijk Contour.

Heraanmelding voor ggz: ☐ Nee ☐ Ja ☐ Niet bekend

Behandeling in dit of vorig kalenderjaar; licht bij ja hieronder toe waar en wanneer.

Vermoedelijke stoornis, klachten en reden van verwijzing

Beschrijf ook duur, ernst, beloop en hulpvraag. Een DSM-code is niet verplicht.

Relevante voorgeschiedenis, eerdere ggz en reeds ingezette hulp

Actuele medicatie, relevante somatiek en overige bijzonderheden

Bijvoorbeeld risico's, middelengebruik, sociale context of benodigde voorzieningen; voeg zo nodig een bijlage toe.

Bijlagen: ☐ Geen ☐ Ja, namelijk:

Met collegiale groet,

Naam huisarts / specialist

Handtekening huisarts / specialist

Contour · Homeruslaan 22 · 3581 MG Utrecht · info@praktijkcontour.nl