

**Praktijk voor Psychologie Jongbloets, Hertenerweg 18, 6049 AA Herten**

**T: 0475-302820 F: 0475-302759 E-mail:** [**info@praktijkherten.nl**](mailto:info@praktijkherten.nl) **Internet:** [**www.praktijkherten.nl**](http://www.praktijkherten.nl)

**VERWIJSBRIEF GGZ**

Datum: ……………………………………………….

**Patientgegevens:**

Dhr/Mw: ……………………………………………………….

Adres: ……………………………………………………………

Telefoonnummer: ………………………………………….

Geboren: ……………………………………………………….

BSN: ……………………………………………………………..

De patient wordt verwezen naar de:

1. Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)

Ik vermoed dat er sprake is van de volgende DSM IV stoornis(sen):

1. Angststoornis b.v.: paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale angst/sociale fobie, posttraumatische stress-stoornis, obsessief-compulsieve stoornis.
2. Stemmingsstoornis b.v.: depressieve stoornis, bipolaire stoornis.
3. Gedragsstoornis b.v.: aandachtstekort stoornis met of zonder hyperactiviteit.
4. Anamnestische stoornis/cognitieve stoornis.
5. Somatoforme stoornis b.v.: ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out, cvs), somatisatiestoornis, conversiestoornis, hypochondrie.

Reden van verwijzing en/of vraag bij verwijzing: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inschatting van de ernst van de problematiek:

1. Licht
2. Matig
3. Ernstig

Is er sprake van psychologische voor geschiedenis? 0 nee 0 ja (evt documentatie)

Is er sprake van medicatie? 0 nee 0 ja nl. ……………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Opmerkingen en/of aanvullingen

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Huisarts:……………………………………….. Stempel praktijk:

AGB-code:……………………………………..