

### Verwijsbrief voor Kind en Jeugd

Telefoon: 088 270 12 20

Specialistische GGZ     Basis GGZ
 Datum verwijzing: \_\_\_\_\_

Gegevens patiënt	Gegevens arts/verwijzer
Naam _____	Naam _____
Voornaam _____	Functie _____
Geslacht <input type="checkbox"/> jongen <input type="checkbox"/> meisje	Adres _____
Adres _____	Telefoon _____
Telefoon _____	Fax _____
Geb.datum _____	AGB-code _____
Verzekering _____	Stempel _____
Polisnummer _____	
BSN _____	

**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'.

<input type="checkbox"/> <b>Depressieve stemmingsstoornissen</b> (Bijv. depressie, dysthyme stoornis)	<input type="checkbox"/> <b>Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen</b> (Bijv. ADHD, ADD, autisme spectrumstoornis, pervasieve stoornis)	<input type="checkbox"/> <b>Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen</b> (ODD, periodiek explosieve stoornis, norm overschrijdend-gedragsstoornis)
<input type="checkbox"/> <b>Angststoornissen</b> (Bijv. paniek, sociale angst)	<input type="checkbox"/> <b>Somatisch symptoomstoornissen en verwante stoornissen</b> (Somatisch symptoomstoornis, ziekteangststoornis)	<input type="checkbox"/> Anders: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Psychotrauma (PTSS)</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen</b> (Bijv. OCS)		

Max Ernst GGZ hanteert de volgende exclusiecriteria voor Kind en Jeugd: verstandelijke beperking, eetstoornis, crisisgevoeligheid.

Medicatie (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Opmerkingen \_\_\_\_\_

**Deze verwijzing is voor de Max Ernst GGZ vestiging in:**

Almere     Middelharnis     Roermond     Venray     Venlo

Handtekening arts/verwijzer

\_\_\_\_\_

**Dit formulier opsturen naar Max Ernst GGZ, Postbus 2051, 6802 CB Arnhem, mailen naar [info@max-ernst.nl](mailto:info@max-ernst.nl) of faxen naar 088 270 12 21**

*Landelijke instelling voor ambulante GGZ*