

### Verwijsbrief voor Kind en Jeugd

Telefoon: 088 270 12 20

<input type="checkbox"/> Specialistische GGZ <input type="checkbox"/> 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>Stemmingsstoornis</b> (Bijv. depressie, dysthyme stoornis, bipolaire stoornis)	<input type="checkbox"/> <b>Stoornis in de kindertijd / Ontwikkelingsstoornis</b> (Bijv. ADHD, ADD, gedragsstoornis (ODD), autisme spectrumstoornis, pervasieve stoornis)	<input type="checkbox"/> Anders: _____
<input type="checkbox"/> <b>Angststoornis</b> (Bijv. paniek, sociale angst, PTSS)	<input type="checkbox"/> <b>Somatoforme stoornis</b> (Onbegrepen lichamelijke symptomen, bijv. hypochondrie, pijn)	_____

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

Opmerkingen \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> Almere	<input type="checkbox"/> Middelharnis	<input type="checkbox"/> Venlo
<input type="checkbox"/> Arnhem	<input type="checkbox"/> Roermond	<input type="checkbox"/> Venray

Handtekening arts/verwijzer

\_\_\_\_\_

**Dit formulier opsturen naar 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*