

Verwijsbrief voor Kind en Jeugd

Telefoon: 088 270 12 20

☐ Specialistische GGZ ☐ Basis GGZ

Datum verwijzing: _____

Gegevens patiënt

Naam _____
 Voornaam _____
 Geslacht ☐ jongen ☐ meisje
 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'.

☐ **Depressieve stemmingsstoornissen**
 (Bijv. depressie, dysthyme stoornis)

☐ **Angststoornissen**
 (Bijv. paniek, sociale angst)

☐ **Psychotrauma (PTSS)**

☐ **Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen**
 (Bijv. OCS)

☐ **Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen**
 (Bijv. ADHD, ADD, autisme spectrumstoornis, pervasieve stoornis)

☐ **Somatisch symptoomstoornissen en verwante stoornissen**
 (Somatisch symptoomstoornis, ziekteangststoornis)

☐ **Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen**
 (ODD, periodiek explosieve stoornis, norm overschrijdend-gedragsstoornis)

☐ Anders: _____

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 ☐ Roermond ☐ Venray ☐ Venlo

Handtekening arts/verwijzer

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

Landelijke instelling voor ambulante GGZ