

Alle oranje velden zijn noodzakelijke invulvelden, de overige velden invullen voor zover relevant.

Ik verwijs mijn patiënt naar:

- Basis GGZ
 Specialistische GGZ

Gegevens huisarts

Praktijk
 Naam
 Adres
 PC/plaats
 Telefoon
 Fax
 E-mail
 AGB code

Gegevens cliënt

Naam
 BSN
 Geboortedatum
 Geslacht
 Adres
 PC/plaats
 Telefoon
 Mobiel
 Verzekerings-
 maatschappij
 Verzekeringsnummer

Klacht/hulpvraag

| | |
|---|---|
| Vraagstelling, reden van verwijzing, vermoeden van stoornis | |
| Heraanmelding | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Anamnese | |
| Relevante comorbiditeit | |
| Suïdaliteit | |
| Contacten met justitie/politie | |
| Risicovol gedrag | |
| Beleid | |

| | |
|---|--|
| Medicatie actueel | |
| Procedurevoorstel | <input type="checkbox"/> Overname behandeling <input type="checkbox"/> Advies en terugverwijzing <input type="checkbox"/> Op verzoek van de patiënt <input type="checkbox"/> Second opinion <input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: |
| Besproken met patiënt | |
| Ook bekend bij | |
| Aanvullend deel verwijsbrief/Bijlage | |
| Voorziening nodig bij consult | |
| Probleemlijst, episodelijst | |
| Psychiatrische voorgeschiedenis | |
| Lichamelijk onderzoek | |
| Allergie, intolerantie | |
| Contra-indicaties | |
| Aanvullend onderzoek | |
| Familie anamnese | |
| Reanimatiebeleid | |
| Levenstestament, donorcodicil | |

Akkoord voor (achteraf) verwijzing naar Tactus Verslavingszorg

Naam huisarts :.....

Handtekening :.....

Aanmelddatum :.....