|  |  |
| --- | --- |
| **Verwijsbrief voor Basis GGZ en Specialistische GGZ Arkin**  **fax: 020-590.55.90**  **email:** [**aanmelden@arkin.nl**](mailto:aanmelden@arkin.nl)  **tel.: 088-505.12.02**  **Verwijzen is ook mogelijk via** [**ZorgDomein**](https://zorgdomein.com/) |  |

De volgende merken maken deel uit van [**Arkin**](https://arkin.nl/merken/) (klik voor verdere informatie per merk):











[](https://arkinbasisggz.nl/)













|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Verzender** | | | **Naam en functie\*:** |  | | **Regiebehandelaar\*:** |  | | **AGB-code\*:** |  | | **Organisatie\*:** |  | | **Org. AGB-code\*:** |  | | **Adres\*:** |  | | **Postcode & woonplaats\*:** |  | | **Telefoon verwijzer\*:** |  | | **Fax:** |  | | **Telefoon organisatie:** |  | | |  |  | | --- | --- | | **Patiënt** | | | **Naam\*:** |  | | **Geboortedatum\*:** |  | | **BSN\*:** |  | | **Adres\*:** |  | | **Postcode & woonplaats\*:** |  | | **Telefoon\*:** |  | | **Email:** |  | | **Zorgverzekeraar\*:** |  | | **Verzekeringsnummer:** |  | |  |  | |  |  | |
| |  |  | | --- | --- | | **Verwijzing** | | | **Datum\*:** |  | |  |  | |  |  | | |  |  | | --- | --- | |  | | | **Zorgzwaarte\*:** | BasisGGZ  Specialistische GGZ | | **Toegangstijd\*:** | Regulier  Acuut, **bel *ALTIJD* met regionale crisisdienst** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kerndeel** | |
| Geachte collega, | |
| *Reden van verwijzing, vraagstelling\**  *Psychiatrische voor-*  *geschiedenis\**  *Recent beloop\**  *Recent psychiatrisch*  *onderzoek\**  *Somatiek/allergieën\**  *Medicatie\**    *Middelengebruik\**  *Familie-anamnese*  *Sociaal-maatschappelijke*  *situatie\**  *Taal(barriere) of culturele*  *aspecten*  *Beschrijvende diagnose\** |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *DSM 5 stoornis(sen)\** | ADHD (tot 23 jaar) | Angstklachten | Autisme (tot 23 jaar) |
|  | Cognitieve problemen (o.a. dementie) | Eetproblemen | Persoonlijkheids- problemen |
|  | Psychose | Psychotraumatische- klachten | Relatie- en gezinsproblemen |
|  | Stemmingsklachten | Verslavingsproblemen | Overig, namelijk |

|  |  |
| --- | --- |
| *Ernst\** | licht  matig  ernstig |
| *Suicidaliteit / risico-*  *Inschatting\**  *Juridische situatie*  *(ZM, bewind, curatele e.d.)*  *Besproken met patiënt?\**  *Behandelvoorstel*  *verwijzer*  *Procedurevoorstel* | ja  nee    overname behandeling  consultatie en terugverwijzing |
| *Ook bekend bij (instantie)* |  |
| *Contactpersoon*  *(naam telefoonnummer)* |  |
| **Bijlagen, graag informatie over relevante behandeling/medicatie toevoegen** | |
| *Bijlagen* |  |
| *Toelichting op bijlagen* |  |
| Met collegiale groet, | |
| Handtekening en naam\* praktijkstempel\*\*  ------------------------------- ----------------------- | |

*\* verplicht te vullen veld*

*\*\* indien een praktijkstempel niet voorhanden is kunt u volstaan met het toevoegen van een kort begeleidend schrijven op logopapier van uw organisatie*