|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E-mail | [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): | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Velden met een \* zijn verplicht

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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\* |  | | E-mail |  | | Zorgverzekeraar\* |  | | Verzekeringsnummer |  | |
| |  |  | | --- | --- | | Verwijzing | | | Datum\* |  | | Zorgzwaarte\* | BasisGGZ  Specialistische GGZ | | |  |  | | --- | --- | |  | | |  |  | | Toegangstijd\* | Regulier  Acuut, bel ALTIJD met regionale crisisdienst | |

|  |  |
| --- | --- |
| Kerndeel | |
| Reden van verwijzing, vraagstelling\* |  |
| Psychiatrische voorgeschiedenis\* |  |
| Recent beloop\* |  |
| Recent psychiatrisch  onderzoek\* |  |
| Somatiek/allergieën\* |  |
| Medicatie\* |  |
| Middelengebruik\* |  |
| Familieanamnese |  |
| Sociaal-maatschappelijke  situatie\* |  |
| Taal(barrière) of culturele  aspecten |  |
| Beschrijvende diagnose\* |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ernst\* | licht  matig  ernstig | | |
| Suïcidaliteit / risico-  Inschatting\* |  | | |
| Juridische situatie  (ZM, bewind, curatele e.d.) |  | | |
| Besproken met patiënt?\* | ja  nee | | |
| Behandelvoorstel verwijzer |  | | |
| Procedurevoorstel | 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 vriendelijke groet,  Handtekening en naam\* | |  | Praktijkstempel\* *(Indien een praktijkstempel niet voorhanden is, volstaat het toevoegen van een kort begeleidend schrijven op logopapier van uw organisatie)* |