

Verwijsbrief voor Basis GGZ en Specialistische GGZ Arkin

fax: 020-590.55.90
 email: aanmelden@arkin.nl
 tel.: 088-505.12.02



Verwijzen is ook mogelijk via [ZorgDomein](#)

De volgende merken maken deel uit van [Arkin](#) (klik voor verdere informatie per merk):



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*:

Toegangstijd*:

- BasisGGZ
- Specialistische GGZ
- Regulier
- Acut, **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)*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD (tot 23 jaar) | <input type="checkbox"/> Angstklachten | <input type="checkbox"/> Autisme (tot 23 jaar) |
| <input type="checkbox"/> Cognitieve problemen (o.a. dementie) | <input type="checkbox"/> Eetproblemen | <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Psychose | <input type="checkbox"/> Psychotraumatische klachten | <input type="checkbox"/> Relatie- en gezinsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Stemningsklachten | <input type="checkbox"/> Verslavingsproblemen | <input type="checkbox"/> Overig, namelijk <input type="checkbox"/> |

Ernst*

- licht matig ernstig

Suïdaliteit / risico-
Inschatting*

Juridische situatie
(ZM, bewind, curatele e.d.)

Besproken met patiënt?*

- ja nee

Behandelaanbeveling
verwijzer

Procedureaanbeveling

- 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