|  |  |
| --- | --- |
| **Patiënt:****ID (sticker)****naam:****adres:****postcode/plaats:****geboortedatum:****Verzekeringsmaatschappij:****Polisnummer:****BSN nummer:** |  Verwijsformulier verzenden per mail naar:  *yellowpsychotherapie@gmail.com* Telefoonnummer patiënt(e): Thuis:.............................................  Werk:............................................. Mobiel:.......................................... E-mail:............................................  |

Datum: ……………………..

Hierbij verwijs ik patiënt(e) voor (aankruisen wat van toepassing is\*):

|  |  |
| --- | --- |
| ⃝ | Specialistische behandeling: Er is (een vermoeden van) een DSM IV stoornis, een matige tot hoge complexiteit en/of hoog risico en/of zeer ernstige aard.  |
| ⃝ | Consultatie in de specialistische zorg: Er is een complex beeld en (een vermoeden van) een of meer DSM IV benoembare stoornis(sen). U wilt graag voor uzelf en patiënt helder krijgen wat er aan de hand is en wat reële verwachtingen en/of behandelopties zijn.  |
| ⃝ | Generalistische Basis-GGZ, er is (een vermoeden van) een DSM IV stoornis van lichte tot ernstige aard, waarbij sprake is van een laag tot matig risico en een enkelvoudig of laag complex beeld. Indien u een inschatting heeft van het verwachte module graag omcirkelen:Verwachte module: **kort / middel / intensief / chronisch**  |
| ⃝ | Vrije Lijn: zorg op maat buiten de verzekerde zorg om. Patiënt dient deze dus zelf te bekostigen. Er hoeft geen sprake te zijn van een DSM IV benoembare aandoening. Vragen m.b.t. de relatie, identiteit, school, werk etc. kunnen in de vrijelijn behandeld worden.  |

\* Kruist u s.v.p. slechts één verwijsoptie aan? In overleg kan een nieuw formulier ingevuld worden als blijkt dat een andere behandeloptie meer voor de hand ligt.

|  |
| --- |
| Verwachte diagnose (DSM IV):*Uitslag screener gaarne meesturen (indien niet aanwezig wordt deze door GGZ-H afgenomen)* |
| Bijzonderheden en relevante voorgeschiedenis: |
| Medicatie: |
| Gegevens over psychische voorgeschiedenis: O niet aanwezig O toegezonden O meegegeven aan patiënt(e) |
| Naam verwijzer: | AGB-code: |
| Adres: | Telefoon: |
| E-mail: |  |
| **Datum:** | **Handtekening** |

**Yellow Psychotherapie & Training | Papaverstraat 45 | 5271 RA | Sint-Michielsgestel**

**www.yellowpsychotherapie.com| T. 06-24991054 |** **yellowpsychotherapie@gmail.com**