

Naam huisarts + praktijk :
Adres :
AGB- code huisarts(en) :

Datum verwijzing :
datum dient vóór intake te liggen

Hierbij verwijs ik onderstaande patiënt(e) naar GGZ-Reflection haaglanden

Naam :
Geboortedatum :
BSN :
Telefoonnummer :

Voor Basis GGZ **OF** **Voor Specialistische GGZ**

Reden aanmelding / diagnose (of vermoeden van) volgens DSM IV/V:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="radio"/> Angststoornis | <input type="radio"/> Stemmingsstoornis | <input type="radio"/> Autisme |
| <input type="radio"/> PTSS | <input type="radio"/> Dissociatieve stoornis | <input type="radio"/> Sexuele stoornis |
| <input type="radio"/> Eetstoornis | <input type="radio"/> Somatoforme stoornis | <input type="radio"/> Slaapstoornis |
| <input type="radio"/> Stoornis in de impulsbeheersing | <input type="radio"/> Persoonlijkheidsstoornis | <input type="radio"/> Anders, namelijk; |

Handtekening verwijzer _____