

VERWIJSFORMULIER “NW Psychotherapy”

Gelieve dit formulier invullen en een lege contactverzoek sturen naar: contact@nwpsychotherapy.com. Wij sturen u dan een beveiligde e-mail waarmee u ons het verwijsformulier veilig kunt toesturen

Patiëntgegevens:

Geslacht: Man Vrouw

Zorgverzekeraar: _____

Voorletters: _____

Naam: _____

Adres: _____

Geb. datum: _____

Tel. nr: _____

BSN: _____

E-mail: _____

Gespecialiseerde GGZ (SGGZ)

Generalistische Basis GGZ (BGGZ)

Taal: Pools Duits Engels

Complexiteit: Is de problematiek complex?

Ja Nee

Risico: Is het risico op crisis verhoogd?

Ja Nee

Verdacht op volgende DSM-5 Diagnose:

<input type="checkbox"/> Depressieve stemmingsstoornis
<input type="checkbox"/> Angststoornis
<input type="checkbox"/> Obsessief compulsieve stoornis
<input type="checkbox"/> Trauma- en stressorgerelateerde stoornis
<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornis (licht tot matig van aard)
<input type="checkbox"/> Voedings- en eetstoornis (BMI moet hoger dan 15 zijn)
<input type="checkbox"/> Ondersteuning na kritieke levensgebeurtenissen bijvoorbeeld rauw
<input type="checkbox"/> Psychosomatische problematiek

LET OP: Cliënten met volgende problematiek behandelen we **NIET**:

Psychotische toestanden

Ernstige automutilatie

Dissociatie

Verstandelijke beperking

Suïcidaliteit en Crisisgevoeligheid

Verslaving

Cliënten met indicatie op psychische opname

Forensische cliënten

Sterke persoonlijkheidsstoornis

Ernstig ondergewicht

Agressieproblematiek

Sterke psychosociale problemen

Cliënten, die in een juridisch geschil verwickeld zijn waarbij de psychische klachten een rol spelen

Toelichting verwijsreden/aanvullende informatie:

Naam/stempel/AGB en handtekening verwijzer

Datum: