

**GGZ-Heuvelrug**  
–betrokken persoonlijk deskundig–

Verwijsformulier verzenden per fax: 0343 52 26 07  
post: Korte Dreef 9a, 3972 EB Driebergen-Rijsenburg  
e-mail: info@ggz-heuvelrug.nl  
info: 0343 52 26 67

**Patient ID (sticker)**

naam:

adres:

postcode/plaats:

geboortedatum:

Verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

BSN nummer:

Datum aanvraag:.....

Telefoonnummer patiënt(e)

Thuis:.....

Werk:.....

Mobiel:.....

E-mail:.....

Hierbij verzoekt ondergetekende om 2<sup>e</sup> lijns diagnostiek en/of behandeling van bovengenoemde patiënt(e) bij GGZ-Heuvelrug.

Patiënt(e) wordt verwezen voor het volgende programma:

- kortdurende behandeling (behandeling op zo kort mogelijke termijn, maximaal 5 sessies, daarna terugverwijzing en advies, **alleen voor verwijzers die een samenwerkingsverband met GGZ-Heuvelrug zijn aangegaan**).
- uitgebreide diagnostiek (persoonlijkheids-, neuro-, intelligentie- en/of psychiatrisch onderzoek (descriptief).
- specialistische behandeling (zie website voor mogelijkheden):

voorkeur specialist:.....

voorkeur behandelvorm:.....

Bijzonderheden en relevante voorgeschiedenis:

Medicatie:

Gegevens over psychische voorgeschiedenis:  niet aanwezig  toegezonden  meegegeven aan patiënt(e)

Naam verwijzer:.....

Adres:.....

Telefoon:.....

E-mail:.....

**Handtekening:**