**Verwijsbrief Senz GGZ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Basisinformatie** |  |
| Datum verwijzing | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| **Cliëntgegevens**  |  |
| Voornaam | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Achternaam | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geboortedatum | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geslacht | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| BSN | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Straatnaam en huisnummer  | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Postcode | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Woonplaats | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoonnummer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| E-mailadres | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Huisarts | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Ziektekostenverzekeraar | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Polisnummer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| **Gegevens verwijzer**  | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Naam verwijzer |
| Straat en huisnummer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Postcode | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Plaatsnaam | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoonnummer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| E-mailadres | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Functie verwijzer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Persoonlijke AGB-code (vereist) | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Naamhouder AGB-code (indien anders dan hierboven ingevuld) | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Naam praktijk of organisatie | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Reden van verwijzing SGGZ** |
| Voornaamste klachten cliënt | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Wat denkt u als verwijzer dat er aan de hand is? (vermoeden DSM-stoornis) | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Behandelvraag/hulpvraag cliënt | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Eerdere hulpverlening of behandeling | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Relevante somatische gegevens en medicatie | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Overige vragen/opmerkingen | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| **Specifieke verwijzing voor Ketamine Assisted Psychotherapie (KAP)** |
| Is er sprake van een stemmingsstoornis, en is hiervoor psychotherapeutische behandeling ingezet?*Zo ja, vermeld waar, wanneer en hoe lang de behandeling heeft plaatsgevonden, en welke vorm(en) van psychotherapie zijn toegepast.* | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Is er psychofarmaceutische behandeling geweest voor de stemmingsstoornis?*Zo ja, specificeer welke medicatie is gebruikt, in welke dosering, hoelang en onder begeleiding van welke zorgverlener.* | Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Einde vragenlijst*