

# Verwijsformulier Therapeutisch Centrum GGZ

## Hoofdlocatie/postadres:

Nagelerweg 5

8304 AB Emmeloord

Telefoon: 0527-224501

E-mail: info@therapeutisch-centrum.nl

Website: www.therapeutisch-centrum.nl

*Lelystad, Middendreef 277*

*Dronten, De Drieslag 30*

*Kampen, Zambonistraat 3*

*Genemuiden, Jan van Arkelstraat 5*

*Barneveld, Marconistraat 31*

## Patiëntgegevens

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Telefoon (vast): \_\_\_\_\_

Verzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Geslacht: man/vrouw

Plaats: \_\_\_\_\_

Mob.: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

## Hulpvraag verwijzer

Ambulant Specialistische GGZ (S-GGZ)

Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ)

Aanmelding Digipoli  Ja  Nee

## Verwijsreden:

AD(H)D

Stoornis in het Autistisch Spectrum

Angst- en/of stemmingsproblematiek

Anders, namelijk:

## Hulpvraagpatiënt / ouder(s) / verzorger(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Relevante somatische gegevens / medicatie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Is er eerdere hulpverlening geweest vanuit de GGZ, Bureau Jeugdzorg of andere instelling?

Ja / Nee

Indien ja, naam instelling: \_\_\_\_\_

Jaar van hulpverlening: \_\_\_\_\_

Reden: \_\_\_\_\_

## Gegevens verwijzer

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

AGB-code verwijzer: \_\_\_\_\_

Datum verwijzing: \_\_\_\_\_

Handtekening / stempel:



\_\_\_\_\_