



Geboortenaam _____ M / V

Echtgenote van _____

Voorletters _____ Roepnaam _____

Adres _____ Postcode _____

Woonplaats _____ Telefoonnummer _____

Emailadres _____ Mobielnummer _____

Geboortedatum _____ Geboorteplaats _____

Burgerlijke staat : ongehuwd / gehuwd / samenwonend / gescheiden / weduwestaat

Medebewoners : niemand / partner / partner+kinderen / bij ouders - familie of kennissen

Beroep :

Aanmelding voor (s.v.p. aankruisen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke Effectiviteit | <input type="checkbox"/> Mindfulness |
| <input type="checkbox"/> PESSO oefeningengroep | <input type="checkbox"/> Alle sterren van de hemel (rouwgroep) |
| <input type="checkbox"/> PESSO structuregroep | <input type="checkbox"/> Systeem/creatieve therapie |
| <input type="checkbox"/> Partner/relatietherapie | <input type="checkbox"/> EMDR |
| <input type="checkbox"/> Cognitieve gedragstherapie / psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychodiagnostiek |

Verwijzende instantie (indien anders dan huisarts)

Achternaam verwijzer: dhr./mw. _____

Functie _____

Adres _____ Postcode _____

Woonplaats _____ Telefoonnummer _____

Emailadres _____

Huisarts _____ Is deze akkoord met verwijzing? _____ Ja / Nee

Naam: dhr./mw. _____

Adres _____ Postcode _____

Woonplaats _____ Telefoonnummer _____

Emailadres _____

Verzekeringsgegevens

Zorgverzekeraar _____ Gevestigd te _____

Verzekeringsnummer _____ UZOVI code _____

BSN (Sofi-)nr _____

Is cliënt eerder opgenomen geweest in één van onderstaande instellingen? (s.v.p. aankruisen)

- | | | |
|--|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis | van | tot |
| <input type="checkbox"/> PAAZ | van | tot |
| <input type="checkbox"/> Herstellingsoord te | van | tot |
| <input type="checkbox"/> Therapeutische Gemeenschap | van | tot |
| <input type="checkbox"/> Overig n.l. | van | tot |

Aanmeldingsklachten

Hoofdklacht =(overige klachten hieronder aankruisen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (010) Stemningsklachten | <input type="checkbox"/> (080) School-, leer-, identiteitsklachten |
| <input type="checkbox"/> (020) Angst, spanning, fobische tics | <input type="checkbox"/> (090) Klachten mbt opvoeding |
| <input type="checkbox"/> (030) Psychotische klachten | <input type="checkbox"/> (100) Klachten mbt relatiepartner/gezin/fam |
| <input type="checkbox"/> (040) Klachten mbt het lichaam | <input type="checkbox"/> (110) Klachten mbt werk / studie |
| <input type="checkbox"/> (050) Gedragsklachten | <input type="checkbox"/> (120) Klachten mbt leggen van contacten |
| <input type="checkbox"/> (060) Geheugen/oriëntatie/cognitieve klachten | <input type="checkbox"/> (130) Klachten nav traumatische gebeurtenis |
| <input type="checkbox"/> (070) Identiteitsklachten | <input type="checkbox"/> (140) Klachten mbt verslaving |
| | <input type="checkbox"/> (150) Klachten mbt seksualiteit |
- (900) Geen klachten, betrokken bij hulp van iemand uit directe omgeving.
 (998) Niet in enige categorie onder te brengen
 (999) Onbekend

Reden van verwijzing

Doel poliklinische behandeling:

Welke methoden of therapieën zijn c.q. worden toegepast? Met welke resultaten?

Beschrijving van de huidige toestand van cliënt

Psychisch

Somatisch

Medicatie

Alcohol misbruik Ja Nee

Suïcidaal Ja Nee

Drugsgebruik Ja Nee

Overige bijzonderheden, adviezen

Plaats en datum

Naam arts

* Handtekening

* (in het kader van Zorgverzekeringswet is handtekening van een medicus vereist)

Centrum voor Psychisch Herstel Wijchen,
Leemweg 112, 6603 AM Wijchen
Telefoon 024 641 23 12, faxnummer 024 645 04 11
Emailadres secretariaatcph-wijchen@ggzoostbrabant.nl

GGZ Centrum voor Psychisch Herstel Rosmalen
Berlicumseweg 8 5248 NT Rosmalen
Telefoon 073 - 844 78 00 Faxnummer 073 - 844 78 01
Emailadres secretariaatcph-rosmalen@ggzoostbrabant.nl