**Datum:**

**Patiënt wordt verwezen naar de generalistische basis GGZ:**

O bevestigd

**Gegevens patiënt:**

Naam + BSN nummer:

Adres:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Zorgverzekeraar en Inschrijfnummer verzekerde:

**Inhoudelijke screening:**

**Er is sprake van een vermoeden DSM V stoornis te weten (meerdere opties zijn mogelijk):**

O Stemmingsstoornis, depressie

O Bipolaire en overige stemmingsstoornissen

O Angststoornis (incl PTSS)

 O Somatoforme stoornis

 O Stoornis in de impulsbeheersing

 O Aandachttekort- gedragsstoornis

 O Ontwikkelingsstoornis/gedragsstoornis (pervasieve stoornissen)

 O Aan een middel gebonden stoornis (verslaving)

O Cognitieve stoornissen (geheugen, dementie)

 O Eetstoornis

 O Persoonlijkheidsstoornis bij as I stoornis

**De verwijzing wordt ondersteund door de POH GGZ (indien van toepassing):**

O bevestigd

**De verwijzing wordt ondersteund door de uitkomsten van een ‘beslissingsondersteunend instrument’ (indien van toepassing):**

O bevestigd

**Toelichting verwijzing en hulpvraag aan gb ggz:**

**Ondertekening :**

Huisarts:

AGB – code:

Handtekening: