

**Verwijsbrief voor psychiatrische behandeling bij GGMD In te vullen door huisarts of medisch specialist**

Datum	
-------	--

**Gegevens cliënt**

Naam cliënt <i>(Initialen, achternaam/namen)</i>	
Geboortedatum	
Adresgegevens	
BSN-nummer	
Telefoonnummer(s)	
E-mail	
Manier van communiceren <i>(aanvinken wat van toepassing is)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Horen en spreken (bij normaal gehoor of lichte slechthorendheid)</li><li><input type="radio"/> Schrijftolk en spreken (bij slechthorendheid/ plots- of laat doofheid)</li><li><input type="radio"/> Gebarentaal (NMG of NGT) en spreken (bij vroeg doofheid)</li></ul>

**Gegevens verwijzing**

Soort verwijzing <i>(aanvinken wat van toepassing is)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Generalistische basis GGZ De patiënt is niet doof of slechthorend</li><li><input type="radio"/> Specialistische GGZ Er is sprake van hoge complexiteit, bijvoorbeeld bij doofheid of slechthorendheid, ingewikkelde comorbiditeit, hoog risico patiënten.</li></ul>
Vermoedelijke diagnose volgens DSM 5: <i>(aanvinken wat van toepassing is)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Somatisch symptoom stoornis (bij tinnitus, hyperacusis, Ménière)</li><li><input type="radio"/> Depressieve stoornis</li><li><input type="radio"/> Angststoornis</li><li><input type="radio"/> Psychotische stoornis</li><li><input type="radio"/> Andere stoornis, namelijk: .....</li></ul>

**Gegevens verwijzer (huisarts of specialist)**

Naam	
Specialisme	
Praktijk- of adresgegevens	
AGB-code	
Handtekening	

Recent audiogram (of verklaring van doofheid door huisarts of KNO-arts) als bijlage toevoegen.

Aanvullende somatische voorgeschiedenis en huidige medicatie als bijlage toevoegen.

U kunt de verwijsbrief faxen of mailen naar GGMD via 088 - 43 21 707/ [contact@ggmd.nl](mailto:contact@ggmd.nl). Of meegeven aan de cliënt.