

**Verwijsbrief voor de Generalistische Basis GGZ/Specialistische GGZ
Praktijk voor Psychotherapie Amsterdam e.o.**

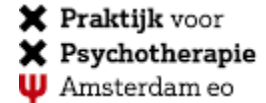
Parnassusweg 207, 1077 DG Amsterdam

Telefoon: 020-6730282

Fax: 020-6723829

secretariaat@psychotherapieamsterdam.nl

www.psychotherapieamsterdam.nl



Datum:

Soort verwijzer (bijv. huisarts):

Naam verwijzer:

AGB-code verwijzer:

Naam praktijk:

Adres:

Telefoonnummer:

Naam patiënt:

Geboortedatum patiënt:

Adres:

Verzekering + polisnummer:

BSN:

Geachte collega,

Bovengenoemde patiënt(e) verwijst ik naar een psycholoog in de:

- Generalistische Basis GGZ
- Specialistische GGZ

Ik vermoed dat er sprake is van een DSM stoornis:

- Autismespectrumstoornis (ASS)
- Somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis
- Middelgerelateerde en verslavingsstoornis
- Stemmingsstoornis (depressie, dysthyme-, bipolaire stoornis)
- Angststoornis en/of paniekstoornis
- Obsessief-compulsieve of verwante stoornis (OCD)
- PTSS (posttraumatische stressstoornis) of acute stress stoornis

- Voedings- of eetstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Andere stoornis, namelijk

Of/en van:

- Aanpassingsstoornis*
- Relatieproblemen*
- Werkgerelateerde problemen*
- Leerproblemen*
- Opvoedingsproblemen*
- Slaapstoornis*
- Specifieke fobie*

Evt. aanvullende informatie:

Met vriendelijke groet,

Handtekening en/of praktijkstempel:

Gelieve alle gevraagde informatie invullen in verband met de eisen van zorgverzekeraars

*) Soms vergoed door aanvullende verzekeringen