

**VERWIJZING NAAR SAMEN-GGZ**

Datum : .....  
Naam Cliënt : .....  
Geboorte datum : .....  
BSN : .....  
Adres : .....  
Postcode : .....  
Woonplaats : .....

---

**VOOR BEHANDELING IN DE<sup>1</sup> :**

- Basis Generalistische GGZ ( indien mogelijk kunt u aangeven hieronder welke prestatie: )  
 Kort     Middel     Intensief     Chronisch<sup>2</sup>  
 Specialistische GGZ
- 

Verwijzer<sup>3</sup> : .....  
AGB code verwijzer : .....  
Adres verwijzer : .....  
Postcode : .....  
Woonplaats : .....  
(Vermoedelijke) DSM criteria : .....  
Toelichting : .....  
.....  
.....  
.....  
Stempel/Handtekening : .....

---

1. Graag aankruisen wat van toepassing is.

2. Indien u een screeningsinstrument heeft gebruikt, wilt dan de resultaten hiervan bijvoegen?

3. Voor volwassenen geldt vanaf 1 jan. 2015 naast de huisarts ook een medisch specialist als erkende verwijzer.

Vanaf 1 jan. 2015 geldt voor kinderen tot 18 jaar dat, naast de huisarts, ook de jeugdarts, de medisch specialist en de wijkteams mogen verwijzen.