

Verwijzing naar Firmitas GGZ

Datum: .....

Hierbij bevestig ik de verwijzing van:

Naam cliënt: .....

Geboorte datum: .....

BSN: .....

Adres: .....

Postcode: .....

Plaats: .....

Voor behandeling in de<sup>1</sup> :

- Basis Generalistische GGz (en indien mogelijk kunt u aangeven welke prestatie:  
o Kort, o Middel, o Intensief, o Chronisch)<sup>2</sup>
- Specialistische GGz

Verwijzer<sup>3</sup>: .....

AGB code verwijzer: .....

Straat verwijzer: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

(Vermoedelijke) DSM criteria: .....

Toelichting:

Stempel / handtekening: .....

<sup>1</sup> Graag aankruisen wat van toepassing is.

<sup>2</sup> Indien u een screeningsinstrument heeft gebruikt, wilt u dan de resultaten hiervan bijvoegen?

<sup>3</sup> 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.