Verwijzing voor: poliklinische behandeling

in de **Specialistische GGZ**

LET OP: Gelieve te verwijzen via zorgdomein

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** |  |

**Instelling/praktijk**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam verwijzende instelling/praktijk |  |
| Naam verwijzer |  |
| AGB code |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Straat + huisnummer |  |
| Postcode + plaats |  |

**Te verwijzen cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Straat + huisnummer |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |
| Zorgverzekeraar |  |
| Polis nummer |  |

**Aanvullende informatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Reden van verwijzing  Behandel-  voorgeschiedenis |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Stempel instelling/praktijk Handtekening verwijzer**