

Verwijsbrief naar Point O

Verwijsdatum: _____

Gegevens van de patiënt:

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

BSN: _____

Zorgverzekeringsnummer: _____

Diagnostiek en klachten:

(Vermoedelijke) medische diagnose (DSM-5), waarbij wordt vermeld dat er sprake is van een verslavingsstoornis die behandeld dient te worden binnen de GGZ:

Korte beschrijving van de klachten:

(Zo mogelijk) een korte voorgeschiedenis:

Eventuele somatiek:

Medicatie die de patiënt momenteel gebruikt:

Type traject:

Duidelijke vermelding van het type traject: ambulante behandeling of klinische behandeling.

Vermeld hierbij duidelijk of het gaat om ambulante behandeling of klinische behandeling. Deze informatie is nodig om de aanmelding goed te kunnen beoordelen.

☐ Ambulante behandeling

☐ Klinische behandeling

Behandelverleden en huidige behandeling:

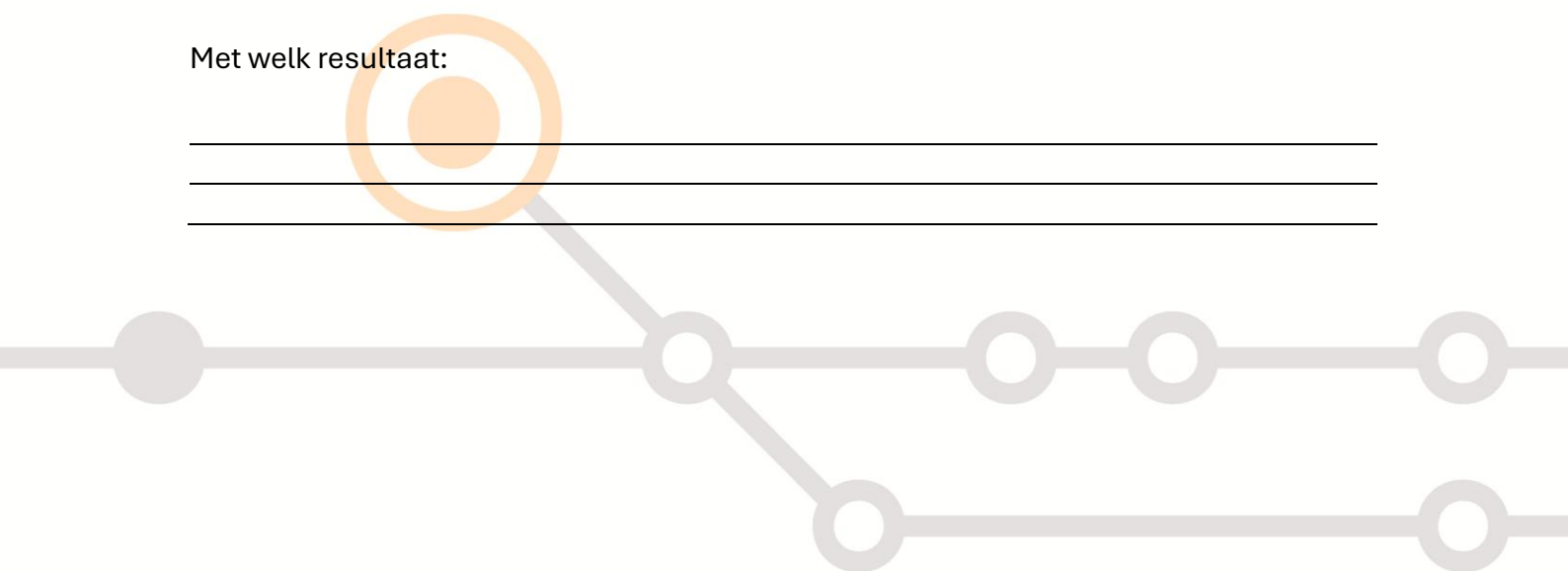
Eerdere verslavingsbehandelingen, inclusief:

Wanneer: _____

Waar: _____

In welke vorm:

Met welk resultaat:



Bij klinische behandeling: een duidelijke beschrijving van het zorgverleden.

Huidige behandeling:

Gegevens verwijzer:

Naam: _____

Adres: _____

AGB-code verwijzer: _____

AGB-code praktijk/instelling: _____

Handtekening en/of stempel:

Opsturen verwijsbrief:

Je kunt de verwijsbrief per e-mail of post sturen naar:

- E-mail: Planning@point-o.nl
- Postadres: Pastoor van Winkelstraat 39, 5374 BG Schaijk

