Bezoekadres:
Pastoor van Winkelstraat 39, 5374 BG Schaijk

Contact is de eerste stap...

0486 - 43 66 42
www.point-o.nl
info@point-o.nl

Verwijsbrief naar Point O

Verwijsdatum: _____

Gegevens van de patiënt:

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

BSN: _____

Zorgverzekeraar: _____

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