



Verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ • kind en jeugd

Datum:

Bij deze verwijs ik naar u voor diagnostiek en eventuele behandeling

Naam: J/M Adres:
Geboortedatum: Postcode en woonplaats:
BSN: Telefoonnummer:

Ik vermoed dat sprake is van de volgende DSM-IV stoornis(sen):

- 0 Angststoornis (bijvoorbeeld: Paniekstoornis, Gegeneraliseerde angststoornis (o.a. faalangst), Sociale angst/ sociale fobie, Specifieke fobie, Post traumatische stressstoornis, Obsessief-Compulsieve stoornis)
Anders, te weten:
- 0 Stemmingsstoornis (bijvoorbeeld: depressieve stoornis, dysthymie)
Anders, te weten:
- 0 Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis (bijvoorbeeld: aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit, Oppositioneel opstandige gedragsstoornis)
Anders, te weten:
- 0 Pervasieve ontwikkelingsstoornis (bijvoorbeeld: autistische stoornis, stoornis van Asperger, PDD-NOS).
- 0 Overige stoornissen zuigelingen/kind/adolescentie (bijvoorbeeld: separatieangst, selectief mutisme, reactieve hechtingsstoornis).
Anders, te weten:
- 0 Ticstoornis (bijvoorbeeld: Gilles de la Tourette).
Anders, te weten:
- 0 Aan middelen gebonden stoornis (bijvoorbeeld: afhankelijkheid alcohol, amfetamine, e.d.) 0
Eetstoornis (bijvoorbeeld: Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa).
Anders, te weten:

Overig (bijkomend):

- 0 Ouder-kind relatieprobleem
- 0 Relatieproblemen tussen de kinderen
- 0 Relatieproblemen gebonden aan een psychische stoornis of een somatische aandoening van een gezinslid

Toelichting op de verwijzing:

.....
.....
.....
.....
.....

Met vriendelijke groet,

Naam en handtekening (huis)arts:

AGB-code: