

**Formulier voor verwijzing van volwassenen, ouderen, naar  
psychologenpraktijk S.P.E.L.-Haarlemmermeer en  
Psychotherapiepraktijk Kees Smit.**

**Verwijzing voor:**

- Generalistische Basis GGZ (eerstelijns psychologie)  
met de volgende zorgvraagzwaarte:
  - kort
  - middel
  - intensief
- Gespecialiseerde GGZ (psychotherapie)

**Patiëntgegevens:**

**Naam:** .....

**Geboortedatum:** .....

**Adres:** .....

**BSN:** .....

**Verwijsreden(aanvinken wat van toepassing is; meerdere keuzen mogelijk)**

Het vermoeden van een stoornis, volgens DSM-IV:	
<input type="checkbox"/> Angststoornis	<input type="checkbox"/> Somatoforme stoornis
<input type="checkbox"/> Stemmingsstoornis	<input type="checkbox"/> Eetstoornis
<input type="checkbox"/> Slaapstoornis	<input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornis
<input type="checkbox"/> Stoornis in de impulsbeheersing	<input type="checkbox"/> Anders, te weten:
<input type="checkbox"/> Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) en seksueel misbruik	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Achtergrond van de verwijzing: .....

.....

.....

**Datum:** .....

**AGB-code verwijzer:** .....

**Handtekening en stempel (NAW gegevens) verwijzer :**