

Verwijsbrief GGZ jeugd

Datum

Alle velden dienen volledig ingevuld te zijn, anders kunnen wij de aanmelding niet in behandeling nemen. **Let op!** Download dit formulier eerst, sla het op uw computer op en vul het daarna in.

Voor de verwijzer

Inclusiecriteria

- Leeftijd: 6 tot 18 jaar
- Er is sprake van een psychiatrische kwetsbaarheid bij een leeftijd van 6 tot 18 jaar

Vorbereiding verwijzer

- Bij aanmelding ontvangen wij graag de verslaglegging van eerdere diagnostische- of behandeltrajecten bij eerdere hulpverlening. Wanneer deze verslaglegging niet meegestuurd wordt, zal de verslaglegging alsnog opgevraagd worden en zal dit het aanmeldproces vertragen.
- Bij twijfel over de verwijzing kunt u altijd contact opnemen voor collegiaal overleg, via het telefoonnummer: 0115-621314.

Aanwijzingen

U ontvangt een terugkoppeling bij start, tussentijds en bij afsluiting van het zorgtraject.

Voor uw cliënt

Vergeet niet mee te nemen naar de eerste afspraak:

- Geldig legitimatiebewijs (van aangemelde cliënt)
- Actueel medicatieoverzicht (indien van toepassing)

Voor deze verwijzing

Voorkeur specialist

Specifieke invulinstructies voor deze verwijfsbrief uit de HASP-richtlijn:

- Vermeld relevante somatische problematiek
- Overweeg het toevoegen van in het dossier afgeschermd seksueel probleem relevant voor deze verwijzing

Van de zorginstelling

Wanneer de cliënt elders een lopend behandeltraject heeft, is het gewenst dat de verwijzing komt vanuit de behandelende instantie. Dit maakt het mogelijk voor ons om direct contact op te nemen met de behandelende instantie en met hen eventuele overdrachtsafspraken te maken.

Gegevens cliënt

Naam cliënt			
Geboortedatum			
BSN			
Verzekeraar en verz. nr			
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Telefoon (vast en/of mobiel)			
E-mail			
Huisarts (naam)			
Apotheek (naam)			

Bij jeugdigen onder de 16 jaar:

Naam ouder/wettelijke vertegenwoordiger			
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Telefoon (vast en/of mobiel)			
E-mail			

Verwijsgegevens

Betreft verwijzing naar (aanvinken wat van toepassing is):

☐ Jeugd GGZ ☐ Wonen ☐ Ambulant ☐ Dagbehandeling

Naam verwijzer

Adres

Postcode

Plaats

Telefoon

Telefoon voor collegiaal overleg

E-mail

Persoonlijke AGB-code

(Zonder AGB-code is de verwijzing niet geldig!)

Soort verwijzer (aanvinken wat van toepassing is):

- ☐ Huisarts
☐ Psychiater
☐ Jeugd-/kinderarts
☐ Medewerker gemeentelijke toegangs- of wijkteam
☐ Overige medisch specialist, namelijk:

Overig (bij doorverwijzing):

- ☐ Physician assistant
☐ GZ-/Klinische (neuro)psycholoog
☐ Psychotherapeut
☐ Verpleegkundig specialist GGZ

Anders, namelijk:

Reden van verwijzing, vraagstelling:

Noteer hier de belangrijkste klacht(en) of hulpvraag van de cliënt in de context van deze verwijzing/aanvraag. Indien al bekend, ook de ingreep of actie die de huisarts aan de specialist vraagt. Indien van toepassing ook: 'Cliënt dringt aan op verwijzing/aanvraag'.

Vervolg invulveld op de volgende pagina.

Vervolg invulveld: 'Reden van verwijzing, vraagstelling:'

Vermoeden DMS-5 stoornis(sen)

Beschrijvende diagnose

(Bij verwijzing door GGZ-professional:)

Is de cliënt eerder in de GGZ behandeld?

☐ Ja, bij deze instantie:

☐ Nee

Her-aanmelding

Werd deze cliënt eerder naar deze instelling verwezen?

☐ Ja

☐ Nee

Journal

Noteer hier voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese en voorgeschiedenis.

Indien relevant:

- Tijdstip van ontstaan
- Duur klacht
- Beloop
- Eerdere behandeling
- Effect

Relevante bevindingen uit lichamelijk onderzoek. De overwegingen van de huisarts ten aanzien van de aard, oorzaak, het gevolg en de functie van de klacht. Door de huisarts ingestelde of gestaakte behandeling en medicatie op het moment van verwijzing. Eventueel verwijzen naar de lijst met de actuele medicatie.

Relevante probleem-/episodelijst

Psychiatrische voorgeschiedenis (ook eventuele therapieën met resultaten)

Historische en actuele juridische status (Zorgmachtiging/BOPZ/Crisis Maatregel)

Actuele medicatie

Historische medicatie, effect en reden van staken en eventuele relevante bijwerkingen

Relevante somatiek/somatische voorgeschiedenis

Procedurevoorstel

- ☐ Overname behandeling
- ☐ Advies en terugverwijzing
- ☐ Second opinion
- ☐ Op verzoek patiënte
- ☐ Verdere diagnostiek
- ☐ Anders, nl.:

Historisch en actueel gevaar/ernstig nadeel (waaronder suïcidaliteit)

Risicovol leefgedrag

Woon-/leefsituatie:
[invulveld verplicht]

Schoolgegevens:

Gezinssamenstelling

Vul hier de volledige namen van de andere gezinsleden in. Als ouders/verzorgers niet samen wonen, dan aangeven wie waar woont.

[Invulveld verplicht. Vul namen, geboortedatum en adres van gezin in.]

Schat u de thuissituatie in als veilig?

☐ Ja

☐ Nee

Als u nee heeft aangevinkt, is veiligheid thuis ingeschakeld of is er een melding bij Veilig Thuis gedaan?

Is er een betrokken netwerk?

☐ Ja, vul in welke betrokkene(n):

☐ Nee

Is alle inhoud van deze verwijfsbrief besproken met cliënt (12+)
of ouders/wettelijk vertegenwoordiger (16-)?

☐ Ja

☐ Nee, de reden/omstandigheden zijn

Aanvullend deel

Aanvullende onderzoeken

Familieanamnese

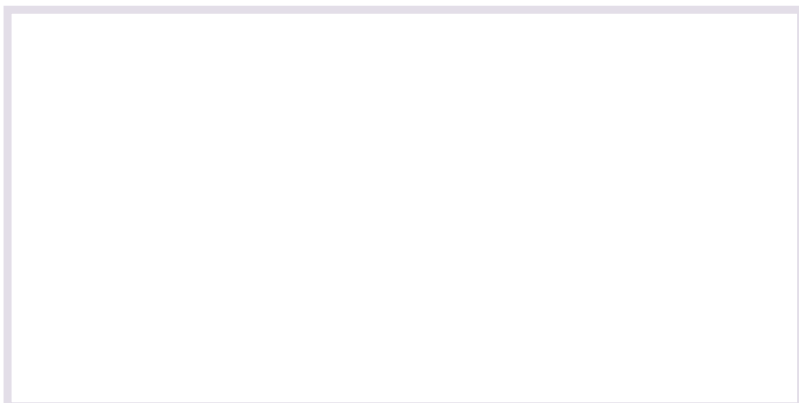
Voorziening nodig bij consult (bijvoorbeeld een tolk)

Contacten met justitie/politie

E-mailadres cliënt

Indien beschikbaar, voeg aanvullende documenten toe als bijlage aan uw e-mail.

Afsluiten met handtekening en AGB-code



Handtekening verwijzer (verplicht)

Voeg uw handtekening in door
bovenaan te klikken op
'Onderteken document' (pen-symbool)
óf door rechts te klikken op
'Invullen en ondertekenen'.

Indien u nog geen handtekening heeft
ingesteld, leidt Adobe u door de juiste
stappen.

AGB-code



Formulier verzenden

Bovenin het scherm of op de eerste pagina van dit document vindt u een knop 'formulier verzenden' of 'verzenden'. Als u daarop klikt, verzendt u het formulier naar Zeeuwse Gronden. Ziet u deze knop niet? Sla dan het formulier nog een keer op en verzend het per e-mail naar: jeugd@zeeuwsegronden.nl

U kunt dit formulier ook per post versturen. Print het uit en verzend naar:
Zeeuwse Gronden, Nieuwstraat 6, 4531 CW Terneuzen.