

## VERWIJZING BGGZ

1. Datum :

2. **Gegevens huisarts**

Naam :

Adres :

Postcode & woonplaats :

AGB code :

3. **Betreft**

Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode & woonplaats :

Verzekering en polisnummer :

BSN :

Aanvullende informatie - \*verplicht in te vullen door de huisarts/POH

4. **\*Vermoedelijke werkdiagnose(s) / diagnose(s):**

Depressieve stoornis

ADHD

Persoonlijkheidsstoornis

Angststoornis

Somatoforme stoornis

Autismespectrumstoornis

PTSS

Eetstoornis

Anders namelijk:

5. **De volgende (zorg)prestatie wordt verwacht:**

GB-GGZ Kort (BK)

GB-GGZ Middel (BM)

GB-GGZ Intensief (BI)

6. **\*Handtekening huisarts/stempel:**