

# Aanmelding/ Aanvraag second opinion

## Centrum voor Psychotherapie

Datum verwijzing .....

### Gegevens verwijzer

Naam .....

Telefoon .....

E-mail .....

Instelling .....

Ik verwijs onderstaande cliënt voor:

Dagklinische behandeling

Klinische behandeling

Second opinion

### Gegevens cliënt

Naam .....

Geboortedatum .....

Adres .....

Telefoonnummer .....

Email .....

Zorgverzekeraar .....

### Reden van verwijzing

Wat is het focus van de behandeling bij verwijzing .....

.....

.....

.....

Omschrijving toestandbeeld/ diagnose DSM 4 .....

.....

.....

.....

Omschrijving persoonlijkheidsproblematiek/-stoornis/diagnose DSM 4 .

.....

.....

.....

Risicogebieden/ eventueel middelengebruik .....

.....

.....

.....

Sociale situatie, huisvesting en gezinssituatie .....

.....

.....

.....

Huidige medicatie .....  
.....  
.....  
.....

Huidige behandeling persoonlijkheidsproblematiek/- stoornis .....  
.....  
.....

Eerdere behandelingen en de behaalde resultaten .....  
.....  
.....

**Nazorg**

Kan de cliënt bij u terecht voor nazorg?

- Ja
- Nee

Toelichting .....  
.....  
.....  
.....

**Verzendwijze verwijzing**

Eindverslag van de behandeling en verslagen van eerdere behandelingen  
graag meesturen met dit formulier.

Faxen informatie naar (0318) 57 14 49  
Mailen informatie naar [cvp@propersona.nl](mailto:cvp@propersona.nl)