

Aanmelding of Aanvraag second opinion

Overwaal, centrum voor angststoornissen

Datum verwijzing

Gegevens verwijzer

Naam

Telefoon

E-mail

Instelling

Ik verwijs onderstaande cliënt naar:

Deeltijd

Kliniek

Second opinion

Verwijzen naar polikliniek verloopt via Zorgdomein.

Gegevens cliënt

Naam

Geboortedatum

Adres

Telefoonnummer

E-mail

Reden van verwijzing

Wat is de focus van behandeling bij verwijzing

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

Omschrijving toestandbeeld/welke angststoornis/diagnose DSM 4

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

Risicogebieden/eventueel middelengebruik

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

Sociale situatie, huisvesting en gezinssituatie

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

Huidige behandelactiviteiten
.....
.....
.....

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

Huidige angstbehandeling
.....
.....

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

Nazorg

Kan 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.

Externe verwijzers faxen informatie naar (024) 820 08 07

Interne verwijzers mailen informatie naar

verwijzing.kliniek.deeltijd.overwaal@propersona.nl