

# Verwijsformulier GGZ Delfland

Blad 1-5

**Je kunt patiënten bij ons aanmelden via Zorgdomein. Ben je niet aangesloten op Zorgdomein, gebruik dan dit verwijsformulier. Dit kun je naar ons faxen of veilig mailen via Zorgmail.  
Let op: vul het formulier volledig in en onderteken het, want alleen dan nemen wij het in behandeling.**

## Gegevens verwijzer

---

Instelling .....

Achternaam en voorletters .....

Functie .....

Persoonlijke AGB-code\* .....

Locatie .....

Adres .....

Postcode ..... Plaats .....

E-mailadres .....

Telefoonnummer .....

## Contactpersoon voor de aanmelding (als je dit niet zelf bent)

Naam .....

Functie .....

E-mailadres .....

Telefoonnummer .....

\* Let op! Dit veld is verplicht als je zorgverlener bent.

Vul elk veld zorgvuldig in en let op de maximale lengte.  
Gebruik voor aanvullende informatie het tekstvak aan het einde van dit formulier.

## Gegevens patiënt

Blad 2-5

Achternaam	.....		
Voornamen	.....		
Geboortedatum	Geslacht	<input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="checkbox"/> Man
Adres	.....		
Postcode	Woonplaats	.....	
Telefoonnummer(s)	.....		
E-mailadres	.....		
BSN	.....		
Zorgverzekeraar	Polisnummer	.....	
Huisarts	Telefoonnummer	.....	

## Gegevens ouder(s) als patiënt jonger is dan 16 jaar

	Moeder	Vader
Achternaam	.....	.....
Voornamen	.....	.....
Adres	.....	.....
Postcode en woonplaats	.....	.....
Telefoonnummer(s)	.....	.....

Reden verwijzing

Vraagstelling

Vermoeden DSM stoornis

Verwijzing voor

- basis ggz
- specialistische zorg
- klinische zorg
- forensische zorg
- verslavingszorg

Datum verwijzing

Handtekening verwijzer\*

\* Let op! Dit veld is verplicht. Afhankelijk van de versie van adobe reader die je hebt, is het mogelijk hier digitaal een handtekening in te voegen. Als je over een versie beschikt waarbinnen dit niet mogelijk is, willen we je vragen dit formulier uit te printen en fysiek te tekenen.



**Je kunt het formulier veilig naar ons mailen via Zorgmail of faxen.  
De keuze van de aanmeldlocatie bepaalt welk mailadres of faxnummer je gebruikt.**

Blad 5-5

**Specialistische ggz**

**Haaglanden**

sec.pvd@ggz-delfland.nl

**Rijnmond**

aanmelding\_schiedam@ggz-delfland.nl

fax: 010 475 96 22

**Basis ggz**

sec.pvd@ggz-delfland.nl

**Klinische zorg**

bureauopname@ggz-delfland.nl

fax: 015 260 77 85

**Forensische zorg**

forensischezorg@ggz-delfland.nl

**Verlavingszorg Haaglanden**

verslavingaanmeldingambulant@ggz-delfland.nl

**Verlavingszorg MVS**

secretariaatverslavingmvs@ggz-delfland.nl

**Jeugd**

**Basis en specialistische ggz jeugd Delft**

s.teamdelft@ggz-delfland.nl

**Basis en specialistische ggz jeugd Naaldwijk**

s.teamnaaldwijk@ggz-delfland.nl

**Basis en specialistische ggz jeugd Nootdorp**

s.teamnootdorp@ggz-delfland.nl

**Familie FACT Haaglanden**

secfamfact@ggz-delfland.nl

**Basis en specialistische ggz Rijnmond (locaties Bergschenhoek en Schiedam)**

secretariaatjeugdrijnmond@ggz-delfland.nl