

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	Vrouw	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

.....

.....

**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

a6@ggz-delfland.nl

fax: 015 260 87 80

Rijnmond

aanmeldingssecretariaat_schiedam@ggz-delfland.nl

fax: 010 475 96 22

Basis ggz

grip@ggz-delfland.nl

fax: 015 260 74 36

Klinische zorg

bureauopname@ggz-delfland.nl

fax: 015 260 77 85

Forensische zorg

cza-fz@ggz-delfland.nl

Verslavingszorg

verslavingaanmeldingambulant@ggz-delfland.nl