# **Verwijsbrief voor basis- en gespecialiseerde GGZ**

**ForLight GGZ voor Grensoverschrijdend Gedrag**

Anderlechtlaan 175-B

1066 HM Amsterdam

E-mailadres: info@forlight-ggz.nl

Web: www.forlight-ggz.nl

Tel: 020 3330344

Fax: 020 3330345

**Gegevens cliënt**

Naam:
Geboortedatum:
BSN:
Adres:
Postcode & woonplaats:
Telefoonnummer:
Emailadres:
Zorgverzekeraar:
Verzekeringsnummer:

**Gegevens verwijzer**

Naam:
Functie:
AGB-code:
Organisatie:

AGB-code organisatie:
Adres:
Postcode & plaats:
Telefoonnummer:

Mail:
Fax:

**Verwijzing**Datum:
Zorgzwaarte: BasisGGZ / Specialistische GGZ

*Reden van verwijzing naar / vraagstelling aan ForLight:*

* *Achtergrond van de klacht (aard, ontstaan, duur, beloop, recente behandeling en effect):*
* *Welke DSM-5 classificatie of vermoeden van:*
* *Huidig functioneren in ADL:*
* *Psychiatrische voorgeschiedenis:*
* *Relevante comorbiditeit (eventueel ook somatisch):*
* *Middelengebruik:*
* *Suïcidaliteit/risicovol gedrag:*
* *Andere betrokken zorgverleners:*

 **Indien aanwezig, graag informatie over relevante behandeling/medicatie toevoegen**

Handtekening verwijzer en/of praktijkstempel

Naam en functie verwijzer