

Datum:

Hierbij bevestig ik de verwijzing van naar Kinderpsychologie Praktijk Van der Werf :

Naam cliënt:

BSN:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Voor diagnose en behandeling in de Basis Generalistische GGZ.

Verwijzer:

AGB:

Adres:

Postcode:

Plaats:

TOELICHTING:

*er is een vermoeden van een DSM IV –TR stoornis : te denken valt aan /op het gebied van.....

- Angststoornis
 - Paniekstoornis
 - Autisme
 - OCD
 - PTSS
 - Stemningsstoornis
 - ADHD
 - Gedragsproblemen
 - Anders,nl.....
-

*de vermoedelijke zorgzwaarte : kort /middel/ intensief (svp keuze omcirkelen).

Stempel/handtekening:.....