

Verwijzen is ook mogelijk via ZORGDOMEIN

HUISARTS / GERIATER-GEGEVENS																				
Naam :		Datum aanmelding :																		
Functie :	huisarts / geriater	Adres :																		
AGB code :		Postcode/Plaats :																		
Email :		Telefoon/Fax (intercoll.) :																		
CLIËNT-GEGEVENS																				
Voorletter(s)/Naam :	m/v	BSN (Burger Service Nummer) :																		
Meisjesnaam :		Geboortedatum :																		
Adres :		Verzekering (naam en nummer) :																		
Postcode/Plaats :		Naam contactpersoon :																		
Telefoon thuis/mobiel :		Telefoon contactpersoon :																		
Email :																				
URGENTIE, is er een vermoeden van een DSM diagnose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee																				
<input type="checkbox"/> Acuut (zien binnen 24 uur) altijd telefonisch. Buiten kantoor-uren: T 020-523 54 33 Tijdens kantooruren Jeugd en Volwassenen, regio Amsterdam Noord T 020-590 54 44 Centrum Oud-West T 020-523 54 33 Oost Zuid-Oost Diemen T 020-590 88 00 Zuid Nieuw-West T 020-788 53 33 Tijdens kantooruren Ouderen (v.a. 65 jr), regio Amsterdam Centrum Oud-West Oost T 020-590 46 66 Noord Zuid-Oost Diemen T 020-590 46 66 Zuid Nieuw-West T 020-590 46 66																				
<input type="checkbox"/> Voorrang* <input type="checkbox"/> zien binnen 1 week <input type="checkbox"/> zien binnen 2 weken → *leidt altijd tot zorg binnen GGGZ																				
<input type="checkbox"/> Electief, screener afgenomen? <input type="checkbox"/> ja, indicatie <input type="checkbox"/> BGGZ <input type="checkbox"/> GGGZ <input type="checkbox"/> nee, kruis onderstaande criteria aan																				
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">BGGZ</td> <td style="width:15%; text-align: center;">GGGZ</td> <td style="width:30%;"></td> </tr> <tr> <td>Ernst</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> licht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ernstig</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;"> Toelichting: indien de score verdeeld is over BGGZ én GGGZ is GGGZ geïndiceerd </td> </tr> <tr> <td>Risico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> laag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> hoog</td> </tr> <tr> <td>Complexiteit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> laag</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> hoog</td> </tr> <tr> <td>Gestabiliseerd chronisch</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nee</td> </tr> </table>					BGGZ	GGGZ		Ernst	<input type="checkbox"/> licht	<input type="checkbox"/> ernstig	Toelichting: indien de score verdeeld is over BGGZ én GGGZ is GGGZ geïndiceerd	Risico	<input type="checkbox"/> laag	<input type="checkbox"/> hoog	Complexiteit	<input type="checkbox"/> laag	<input type="checkbox"/> hoog	Gestabiliseerd chronisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	BGGZ	GGGZ																		
Ernst	<input type="checkbox"/> licht	<input type="checkbox"/> ernstig	Toelichting: indien de score verdeeld is over BGGZ én GGGZ is GGGZ geïndiceerd																	
Risico	<input type="checkbox"/> laag	<input type="checkbox"/> hoog																		
Complexiteit	<input type="checkbox"/> laag	<input type="checkbox"/> hoog																		
Gestabiliseerd chronisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee																		
<input type="checkbox"/> BGGZ <input type="checkbox"/> Arkin Basis GGZ F 020-590 55 90																				
<input type="checkbox"/> GGGZ <input type="checkbox"/> Arkin Jeugd & Gezin Jeugd Jellinek <input type="checkbox"/> Volwassenen Jellinek Mentrum NPI <input type="checkbox"/> Volwassenen Novarum PuntP } F 020-590 55 90 <input type="checkbox"/> Sinai Centrum <input type="checkbox"/> Ouderen Mentrum																				
ACHTERGROND INFORMATIE graag relevante correspondentie m.b.t. de huidige hulpvraag bijsluiten																				
Klacht, vraagstelling:																				
Anamnese:																				
Relevante comorbiditeit:																				
Suïcidaliteit, namelijk:																				
Risicovol leefgedrag, waaronder verslavingen:																				
Reeds ingestelde behandeling, incl. resultaat:																				
Medicatie actueel incl. startdatum:																				
Relevante psychiatrische voorgeschiedenis en/of bijzondere omstandigheden:																				
Andere hulpverleners/ instellingen betrokken? Zo ja, naam en contactgegevens:																				
Diagnostiek / conclusie:																				
PROCEDURE VOORSTEL:		AANVULLENDE INFORMATIE																		
<input type="checkbox"/> Diagnostiek	<input type="checkbox"/> Medicatie/ behandeladvies	Wat is besproken met patiënt:																		
<input type="checkbox"/> (overname) Behandeling	<input type="checkbox"/> Second opinion	Voorzieningen nodig bij consult:																		
<input type="checkbox"/> Heraanmelding (< 1 jaar)	<input type="checkbox"/> Vooroverleg gewenst J/N	(denk aan Tolk, land van herkomst, familie betrekken)																		
<input type="checkbox"/> Overig,																				
HOOFDPROBLEEM VOOR VERWIJZING																				
<input type="checkbox"/> Angst of dwang	<input type="checkbox"/> Somatisatie	<input type="checkbox"/> Geheugenprobleem	<input type="checkbox"/> Relatie																	
<input type="checkbox"/> Depressie	<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Agressieprobleem	<input type="checkbox"/> Multiprobleem gezin																	
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Psychose acuut	<input type="checkbox"/> Persoonlijkheid en/of	<input type="checkbox"/> Ernstig sociaal disfunctioneren																	
<input type="checkbox"/> Bipolair (manisch depressief)	<input type="checkbox"/> Psychose chronisch (schizofrenie)	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> PTSS																	
<input type="checkbox"/> Eetstoornis	<input type="checkbox"/> Verslaving	<input type="checkbox"/> Overig,																		