**Drs. E.K. Verhagen-Krikke, MA**

*Gz-psycholoog / geestelijk verzorger*

**Praktijk De Beken**

Ruurlosebeek 31

8033 DW Zwolle

tel. 038-4526480

***VERWIJZING BASIS GGZ***

Ondergetekende verwijst hierbij:

Naam cliënt: …………………………………..

BSN: …………………………………..

Verzekeringsmaatschappij: …………………………………..

Polisnummer: …………………………………..

Adres: …………………………………..

Postcode / plaats: …………………………………..

voor **Basis-GGZ** intake, indicatiestelling en indien van toepassing tevens behandeling naar

*Mw. E.K. Verhagen-Krikke, psycholoog, Praktijk De Beken*.

Deze verwijzing vindt plaats in verband met *(hier op zijn minst het vermoeden van een DSM-diagnose of uw andere reden, maar in dat laatste geval moeten cliënten de behandeling zelf betalen)*

…………………………………..

Aanvullend overleg over deze verwijzing is (s.v.p. aankruisen):

[ ] dringend gewenst

[ ] gewenst

[ ] niet nodig

De huisarts,

Naam: …………………………………..

Adres: …………………………………..

Postcode / plaats: …………………………………..

AGB-code: …………………………………..

Telefoon: …………………………………..

Datum: …………………………………..

Stempel / handtekening: …………………………………..