**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: …………………………………..