**Verwijsbrief voor Amethist verslavingszorg Flevoland**

Versturen aan [aanmelden@amethistverslavingszorg.nl](mailto:aanmelden@amethistverslavingszorg.nl) of via fax 036-5476102

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Naam cliënt |  | Verwijzer |  |
| BSN |  | Team |  |
| Geboortedatum |  | Instelling |  |
| Geslacht |  | Telefoon |  |
| Adres |  | AGB code |  |
| Postcode, Woonplaats |  |  |  |
| Telefoon |  |  |  |
| E-mail |  | Huisarts van Client |  |
| Zorgverzekeraar |  | Adres huisarts |  |
| Zorgverzekeringsnummer |  | Telefoon huisarts |  |

Geachte collega,

Met deze brief wil ik bovenstaande client verwijzen voor behandeling bij uw instelling.

Ik verwijs mijn cliënt naar:

Generalistische Basis GGZ

Specialistische GGZ

|  |  |
| --- | --- |
| Behandelinhoudelijke informatie. | |
| Diagnose/Stoornis in gebruik van welke middel?  (mag ook vermoeden van stoornis zijn) |  |
| Hoeveelheid gebruik nu en in verleden? |  |
| Waarvoor is client in behandeling bij GGZ Centraal, relevante andere co-morbiditeit? |  |
| Medicatie actueel |  |
| Aanvullende informatie/korte samenvatting |  |

Naam verwijzer :……………………………………………………

AGB code :……………………………………………………

Handtekening :……………………………………………………

Aanmelddatum :……………………………………………………