

**VERWIJSFORMULIER POLIKLINIEK PSYCHIATRIE ERASMUS MC**

Postbus 2040, 3000CA Rotterdam

FAXNUMMER: 010 - 7035867

TELEFOON: 010 - 7040139

 Nieuwe verwijsformulieren sturen**DEZE KOLOM DOOR VERWIJZER IN TE VULLEN****DEZE KOLOM DOOR PATIENT IN TE VULLEN****Verwijzer (praktijkstempel)**

Naam: .....

Adres: .....

Postcode/Woonplaats: .....

Telefoon: .....

Fax: .....

E-mailadres: .....

**Patiëntgegevens**

Naam: .....

Geboortedatum: ..... Man / Vrouw

Adres: .....

Postcode/Woonplaats: .....

Telefoon: .....

**Is patiënt eerder onder behandeling geweest?** Ja, waar \* :       Nee

.....

\* BELANGRIJK: INDIEN JA, VOEGT U DAN INFORMATIE BETR. EERDERE BEHANDELING(EN) BIJ DIT VERWIJSFORMULIER.

**Is patiënt op dit moment elders onder behandeling?** Ja, waar:       Nee

.....

**Betreft het een second opinion?** Ja       Nee**Vraagstelling:****Wat is nu uw belangrijkste probleem?****Somatische gegevens:****Met welke verwachting(en) komt U naar onze polikliniek?****Medicatie:****Het gaat om een verwijzing naar ZORGLIJN\*:**

\* aankruisen welke zorglijn van toepassing is

 PSYCHOTISCHE STOORNISSEN DEPRESSIEVE STOORNISSEN ZIEKENHUISPSYCHIATRIE (gerelateerd aan zwangerschap of somatische ziekte: onverklaarde lichamelijke klachten) A-SPECIFIEK**De fax bestaat, inclusief bijlagen, uit      pagina's**