# **Verwijsbrief voor basis- en gespecialiseerde GGZ**

**ForLight GGZ voor Grensoverschrijdend Gedrag**

Anderlechtlaan 175-B

1066 HM Amsterdam

E-mailadres: info@forlight-ggz.nl

Web: www.forlight-ggz.nl

Tel: 020 3330344

Fax: 020 3330345

**Gegevens cliënt**

Naam:  
Geboortedatum:   
BSN:   
Adres:   
Postcode & woonplaats:   
Telefoonnummer:  
Emailadres:   
Zorgverzekeraar:   
Verzekeringsnummer:

**Gegevens verwijzer**

Naam:   
Functie:   
AGB-code:   
Organisatie:

AGB-code organisatie:  
Adres:   
Postcode & plaats:   
Telefoonnummer:

Mail:  
Fax:

**Verwijzing**Datum:   
Zorgzwaarte: BasisGGZ / Specialistische GGZ

*Reden van verwijzing naar / vraagstelling aan ForLight:*

* *Achtergrond van de klacht (aard, ontstaan, duur, beloop, recente behandeling en effect):*
* *Welke DSM-5 classificatie of vermoeden van:*
* *Huidig functioneren in ADL:*
* *Psychiatrische voorgeschiedenis:*
* *Relevante comorbiditeit (eventueel ook somatisch):*
* *Middelengebruik:*
* *Suïcidaliteit/risicovol gedrag:*
* *Andere betrokken zorgverleners:*

**Indien aanwezig, graag informatie over relevante behandeling/medicatie toevoegen**

Handtekening verwijzer en/of praktijkstempel

Naam en functie verwijzer