

# VERWIJSFORMULIER KLINIEK NEUROPSYCHOLOGIE

## GEGEVENS PATIENT

Naam Patiënt

Geboortedatum

Adres & plaats

Telefoonnummer

Email adres

B.S.N. Patiënt

Zorgverzekering

Extra toelichting

## GEGEVENS VERWIJZER

Naam verwijzer

Praktijk naam

Adres & plaats praktijk

Telefoonnummer praktijk

Beroep verwijzer

Agb-code

Indien van toepassing ggz-screener

## VERWIJZING

Specialistische GGZ (SGGZ)

Generalistische basis GGZ (GBGGZ)

Produkt-schatting indien mogelijk

Basis kort

Basis middel

Basis intensief

## VERWIJSDEN

Er is sprake van een DSM IV classificatie, een psychische stoornis, geef aan welk vermoeden:

Of er is vermoeden van stoornis op het gebied van, geef aan:

Cognitieve klachten

Spanningsproblemen

Stemmingklachten

Somatoforme klachten

Slaapproblemen

Impulscontroleproblemen

Eetproblemen

Persoonlijkheidsproblematiek

Levensfaseproblemen / identiteitsproblemen

Verslavingsproblemen (alcohol, middelen, etc.)

Aandachts- en/of hyperactiviteitsproblemen

Problemen in het autistisch spectrum

Gedragsproblemen

Ontwikkelingsproblemen

Trauma

Communicatieproblemen

Zindelijkheidsproblemen

Dwangklachten

Angstklachten

Seksuele problemen

Psychotische klachten

Anders (geef aan in onderstaand vlak)

# VERWIJSFORMULIER KLINIEK NEUROPSYCHOLOGIE

Medicatie (geef huidige gebruik relevante medicatie)

Hulpvraag en/of toelichting

Datum van aanvraag

Naam en handtekening aanvrager

svp uitprinten & handmatig ondertekenen.

Tenzij u over een digitale ondertekening beschikt,  
dan kunt u dit document digitaal ondertekenen en terug  
e-mailen naar: [info@neuro-psychologie.nl](mailto:info@neuro-psychologie.nl)



**Dr. Erik Matser**  
KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG

VERWIJSFORMULIER VERSTUREN PER POST AAN:  
Dr. Erik Matser - Kliniek Neuropsychologie  
Gebouw Vita\_Liek - Julianalaan 2 - 5707 HR - Helmond - Nederland

email: [info@neuro-psychologie.nl](mailto:info@neuro-psychologie.nl)