

## Verwijsbrief voor psychologische zorg

**Datum verwijzing:**

### Gegevens verwijzer

Naam:

Praktijk/instelling:

Adres:

AGB-code:

Telefoon:

Emailadres:

Praktijkstempel:

--

### Gegevens cliënt

Achternaam (+ meisjesnaam indien van toepassing)

Voorletters:

Geboortedatum:

Burgerlijke staat:

Straatnaam + huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

**Let op: indien een beslissingsondersteunend instrument is gebruikt zoals de 4DKL, gaarne resultaten meesturen!**

**Verwijzing voor:**

Generalistische Basis GGZ  
Specialistische GGZ

**Vermoeden van/ sprake van de volgende DSM 5 Stoornis:**

Nog niet gespecificeerd  
Stemmingsstoornis  
Angststoornis  
Acute stressstoornis  
PTSS  
Somatische symptoomstoornis of verwante stoornis  
Persoonlijkheidsstoornis  
Obsessieve compulsieve of verwante stoornis

Eventuele toelichting:

Naam:

Handtekening:

**Versturen**

**Bilthoven**

Helen Dowling Instituut  
Postbus 80  
3720 AB Bilthoven  
Tel: 030 252 40 20  
Fax: 030 252 40 22  
E-mail: [bilthoven@hdi.nl](mailto:bilthoven@hdi.nl)

**Arnhem/Groesbeek**

Helen Dowling Instituut  
Zijpendaalseweg 14  
6814 CK Arnhem  
Tel: 026 303 34 80  
Fax: 030 252 40 22  
E-mail: [arnhem@hdi.nl](mailto:arnhem@hdi.nl)