

## VERWIJSBRIEF

**Ik verwijs cliënt voor behandeling binnen de specialistische GGZ**

**Ik verwijs cliënt voor behandeling binnen de basis GGZ**

Naam verwijzende instelling/praktijk

Naam verwijzer

Persoonlijke AGB code

E-mailadres

Telefoonnummer

Adres

Postcode

Plaatsnaam

### TE VERWIJZEN CLIËNT

Naam

Adres

Postcode

Plaatsnaam

Telefoonnummer

E-mailadres

Geboorte datum (DD-MM-JJJJ)

Geboorteplaats

BSN nummer

Zorgverzekeraar

Reden van verwijzing (max 5 regels):

Ingevuld op datum

Handtekening verwijzer  
(huisarts/medisch specialist)

Stempel verwijzende instelling

**LET OP!** Vul alle velden in voor een volledige verwijzing.