

Verwijsbrief

Datum:

Verwijzer

Naam:..... AGB-code:.....

- ☐ huisarts
☐ waarnemend arts

Indien verwijzing door POH-GGZ, naam

Clïëntgegevens

Naam + voorletters:Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

BSN-nummer:

Telefoonnummer:..... E-mailadres:.....

Klacht/vraagstelling

Verwijsklachten & vermoedelijke DSM-diagnose:

.....

Bijzonderheden:.....

Behandeling gewenst in:

- ☐ **Generalistische Basis GGZ** ☐ Kort ☐ Middel ☐ Intensief ☐ Chronisch
☐ **Specialistische GGZ** ☐ Regulier* ☐ Spoed**

*Reguliere wachttijden vindt u op onze website <https://www.metggz.nl/wachttijden>

**Spoed = 24 uur

Bij spoed of indien een snellere verwijzing gewenst is, kunt u contact opnemen met het algemene nummer van MET ggz: 088 – 114 94 94.

Handtekening/stempel huisarts