

**VERWIJZING NAAR KAIROS**

Hierbij bevestig ik de verwijzing van:

Naam patiënt: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

Verzekeraar: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_

Huisarts patiënt: \_\_\_\_\_

Apotheek patiënt: \_\_\_\_\_

Voor behandeling in de Specialistische GGz in verband met (vermoeden van) een psychische stoornis.<sup>1)</sup>

Naam instelling/praktijk: \_\_\_\_\_

AGB-code instelling/praktijk: \_\_\_\_\_

Naam verwijzer: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_ AGB-code verwijzer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

Reden van verwijzing/toelichting:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Forensische hulpvraag:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Delictgeschiedenis:

---

---

---

---

Stempel/handtekening:

\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Indien nodig, nader specificeren.

Dit formulier kunt u, compleet ingevuld en ondertekend, sturen naar:

**Kairos**

**Centraal Secretariaat**

**Postbus 31253**

**6503 CG NIJMEGEN**