 **Verwijsformulier Transcare**

Aan: Transcare

Canadalaan 10b

9728 EE Groningen

E [info@transcare.nl](mailto:info@transcare.nl)

I www.transcare.nl

**Verwijsdatum**:

**Betreffende**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam patiënt(e) |  |
| Geboortedatum |  |
| bsn-nummer |  |
| adres |  |
| pc + woonplaats |  |
| telefoon |  |
| emailadres |  |

**Gewenste locatie**

* Locatie Groningen
* Locatie Assen
* Geen voorkeur

Geachte collega,

Hierbij verwijs ik bovengenoemde patiënt(e) naar Transcare voor intake en behandeling in de specialistische GGZ.

|  |
| --- |
| **Reden van verwijzing/vraagstelling** |
| **Vermoeden DSM V stoornis(sen), bijv. somatische symptoom stoornis / somatoforme stoornis/pijnstoornis** |
| **Relevante medische voorgeschiedenis**  Graag ontvangen wij bij de verwijzing relevante correspondentie en rapportages aangaande de pijn-, of vermoeidheidsklachten, de medische voorgeschiedenis (probleemlijst/episodelijst), de medicatielijst en de relevante GGZ voorgeschiedenis. |

Met vriendelijke groet,

*(Handtekening verwijzer en/of stempel praktijk is vereist)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam verwijzer |  |
| Verwijzer |  |
| Functie |  |
| AGB-code |  |
| Organisatie |  |
| Adres |  |
| Pc + woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| Emailadres |  |