

Verwijsbevestiging

Hierbij bevestig ik de verwijzing van

Naam cliënt:

BSN:

Geb. datum:

Adres:

Postcode en Plaats:

Telefoon:

Email:

Verzekeraar:

Paspoortnummer of rijbewijsnummer:

(svp doorhalen wat niet v. toepassing is)

naar

- **gespecialiseerde GGz (langerdurend)**

- **generalistische GGz (kortdurend)** (svp doorhalen wat niet v. toepassing is)

voor intake, indicatiestelling en psychotherapie ivm het vermoeden van een DSM-stoornis bij

Centrum de Rond

t.n.v. mevr. drs. J.C.M. de Rond

big geregistreerd psychotherapeut en klinisch psycholoog

R. Schumanstraat 2

9728 SK Groningen.

T 031 (0)50-525 91 95

E-mail info@centrumderond.nl

Web www.centrumderond.nl

Kvk 02070660 0000

Agbcode praktijk 94(0)02154

Agbcode zorgverlener 94001458

Deze verwijzing vindt plaats in verband met
(korte schets van problematiek)

Aanvullend overleg over deze verwijzing is (graag keuze aankruisen)

- Dringend gewenst
- Gewenst
- Niet nodig

Datum

Huisarts (stempel en handtekening)

Agb-code

Adres