

Verwijsformulier Jeugd GGZ Amsterdam

(in te vullen door (huis)arts)

www.jeugdggz-amsterdam.nl

Datum aanmelding: _____ Geboortedatum: _____ Jongen / Meisje

Achternaam cliënt: _____ Voornaam: _____

Adres cliënt: _____ Huisnummer: _____

Postcode/Woonplaats: _____ Tel.nr. cliënt: _____

Verzekeringsmaatsch.: _____ Verzekeringsnr.: _____

Hulpvraag verwijzer: _____

Urgentie: _____

Veiligheid: _____

Hulpvraag cliënt/ouders/verzorgers: _____

Verwijsreden; vermoeden van psychiatrische problematiek op grond van (aankruisen wat van toepassing):

- : Stemmingsstoornis
- : Angststoornis, incl. dwangstoornis, posttraumatische stressstoornis
- : Gedragsstoornis, incl. ADHD
- : Stoornis in autismspectrum
- : Psychotische stoornis
- : Eetstoornis of somatoforme stoornis
- : Ernstige psychosociale problematiek / multiprobleem gezin
- : Anders,

Is er sprake van somatische aandoeningen, welke?: _____

welke?: _____

Is er eerdere hulpverlening vanuit de jeugd GGZ, Bureau Jeugdzorg of jeugdhulpverlening geweest? Ja / Nee

Aard en ernst van de problematiek,
verstoring van functioneren in:

	van geen tot zeer ernstig					
<input type="checkbox"/> : gezin	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> : school/ opleiding/ werk	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> : vrienden/ clubs	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Aanvullende opmerkingen: _____

Naam verwijzer: _____ Handtekening of stempel verwijzer: _____

Adres verwijzer: _____

Tel.nr. verwijzer: _____

Stuur dit formulier, bij voorkeur per e-mail, naar de betreffende Jeugd GGZ-instelling: contactgegevens z.o.z.

U kunt het verwijsformulier downloaden van: www.jeugdggz-amsterdam.nl/verwijzers/verwijsformulier

Adressen, telefoon- en faxnummers, e-mailadressen van de Jeugd GGZ-instellingen

U kunt het verwijsformulier downloaden van: www.jeugdggz-amsterdam.nl/verwijzers/verwijsformulier. Vervolgens kunt u het formulier invullen en opslaan op uw eigen computer. Indien u het formulier per e-mail gaat verzenden, dan kunt u het ingevulde formulier als bijlage bij een e-mail aan een van zorginstellingen versturen. Uitprinten en verzenden per post of per fax is ook mogelijk. De adressen, faxnummers en e-mailadressen staan in onderstaand schema.

<p>Als verwijzer kunt u bij GGZ inGeest en PuntP gebruik maken van de volgende aanmeldroutes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - arts-arts verwijzing (zie gegevens hiernaast) - de geïntegreerde voordeur die wij delen met Bureau Jeugdzorg (iedere dag van 12.30-14.30 uur) via: <p>Centrum / Oud-West T 020-5158000 F 020-5158015</p> <p>Nieuw-West / Zuid T 020-5711990 F 020-4878211</p> <p>Oost / Zuidoost / Diemen T 020-5694471 F 020-5694530</p> <p>Noord T 020-6304444 F 020-6325183</p>	<p>PuntP www.puntp.nl</p> <p>Centrum Keizersgracht 572, 1017 EM Amsterdam Telefoon: (020) 5904333 / Fax: (020) 5904334</p> <p>Oost Domselaerstraat 128, 1093 MB Amsterdam Telefoon: (020) 8913050 / Fax: (020) 8913089</p>	<p>Noord Strekkerweg 77, 1033 DA Amsterdam Telefoon: (020) 5905350 / Fax: (020) 5905351</p> <p>Zuidoost Nienoord 2, 1112 XG Diemen Telefoon: (020) 5198700 / Fax: (020) 5198701</p>
<p>JellinekJeugdkliniek (verslaving en psychiatrie) Aanmeldingen: maandag t/m vrijdag 09.00-17.00 Telefoon: (020) 5905999 Fax: (020) 590 59 95</p>	<p>Lokatie Uilenstede Uilenstede 475 1183 AG Amsterdam Telefoon: (020) 590 4700</p>	<p>Lokatie Kronenburg Laan van Kronenburg 12 1183 AS Amstelveen Telefoon: (020) 590 5922</p>
	<p>Nederlands Psychoanalytisch Instituut www.psychoanalytischinstituut.nl Olympiaplein 4, 1076 AB Amsterdam Telefoon: (020) 5703838 / Fax: (020) 6798991 E-mail: info@npsai.nl</p>	<p>IMH-centrum (Infant Mental Health) Wibautstraat 135 - 139 IV, 1097 DN Amsterdam Telefoon: (020) 5904949/Fax: (020) 5904940 E-mail: imh-centrum@npsai.nl</p>
	<p>Sinai Centrum, Amstelveen www.sinai.nl Polikliniek GGZ en psychotraumabehandeling Laan van Helende Meester 2, 1186 AM Amstelveen Telefoon: (020) 5457200 / Fax: (020) 5457200 E-mail: info@sinaicentrum.nl</p>	
	<p>MOC 't Kabouterhuis www.kabouterhuis.nl Diagnostisch onderzoek en behandeling voor gezinnen met jonge kinderen (0-8 jaar) met gedrags- en ontwikkelingsproblemen.</p> <p>Locatie Zuid / Centraal Bureau Amsteldijk 196, 1079 LK Amsterdam Telefoon: (020) 6445351 / Fax: (020) 6446695 E-mail: zuid@kabouterhuis.nl</p> <p>Locatie West Albardagracht 1, 1063 NN Amsterdam Telefoon: (020) 6138585 / Fax: (020) 6130348 E-mail: west@kabouterhuis.nl</p> <p>Locatie Amstelland en Meerlanden Kaj Munkweg 2, 2131 RW Hoofddorp Telefoon: (023) 5554411 / (023) 5553153 E-mail: hoofddorp@kabouterhuis.nl</p> <p>Locatie Noord Koopvaardersplantsoen 3, 1034 KE Amsterdam Telefoon: (020) 6304630 / Fax: (020) 6304639 E-mail: noord@kabouterhuis.nl</p> <p>Locatie Zuidoost Leksmondplein 28, 1108 EL Amsterdam Telefoon: (020) 4530191 / Fax: (020) 6969313 E-mail: zuidoost@kabouterhuis.nl</p>	
<p>De Bascule, Academisch centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie www.debascule.com Centraal Aanmeld- en informatiepunt Telefoonnummer: (020) 8901901 / Fax: (020) 8901657 E-mail: cai@debascule.com</p>	<p>Specialistische clusters:</p> <p>Forensische jeugdpsychiatrie Telefoon: (020) 8901000 / Fax: (020) 8901010</p> <p>Psychiatrie voor kinderen en jeugdigen met verstandelijke beperking Telefoon: (020) 8901678 / Fax: (020) 7745690</p> <p>Therapeutische pleegzorg Telefoon: (020) 8901000 / Fax: (020) 8901010</p> <p>Psychiatrische gezinsbehandeling Telefoon : (020) 8901844 / Fax : (020) 8901800</p>	