

# Verwijsformulier



Kind & Jeugd Team Dokkum

[info@kinderjeugdteamdokkum.nl](mailto:info@kinderjeugdteamdokkum.nl)

Gegevens patiënt

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

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

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

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

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

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

Postadres:

Suiderbaanstraat 1

9101 AM Dokkum

Hierbij verwijs ik patiënt naar het Kind- en Jeugd Team Dokkum:

Hulpvraag: \_\_\_\_\_

Vraagstelling aan het Kind- en Jeugd Team Dokkum: \_\_\_\_\_

Relevante medicatie: \_\_\_\_\_

Gewenste zorgverlener (indien bekend):

- Kinderfysiotherapeut GRIP (0519221166)
- Kinderfysiotherapeut Bodde-Bouman (0519223433)
- Kinderdiëtist (0645940286)
- (Kinder)ergotherapeut (0611454854)
- Preverbale logopedist (0519223980)
- Orthopedagoog-generalist (0612350094) (graag achterzijde invullen)

Verwijzend arts/specialist

Praktijk : \_\_\_\_\_

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

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

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

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

Datum:

Handtekening:

Ga naar onze website [www.kinderjeugdteamdokkum.nl](http://www.kinderjeugdteamdokkum.nl) voor het maken van een afspraak via het contactformulier of maak telefonisch een afspraak op het nummer van de desbetreffende zorgprofessional.

# Verwijsformulier



Kind & Jeugd Team Dokkum

[info@kinderjeugdteamdokkum.nl](mailto:info@kinderjeugdteamdokkum.nl)

Bijlage Orthopedagoog-generalist:

## Gegevens patiënt

Naam : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
BSN : \_\_\_\_\_

Postadres:  
Suiderbaanstraat 1  
9101 AM Dokkum

Hierbij verwijs ik patiënt naar het Kind- en Jeugd Team Dokkum met een vermoeden van de stoornis \_\_\_\_\_ en/of ontwikkelingsprobleem op het gebied van de emotionele/sociale ontwikkeling/het gedrag (doorhalen wat niet van toepassing is), waarvoor gaarne nadere diagnostiek en behandeling.

Screening heeft plaatsgevonden middels \_\_\_\_\_ (indien van toepassing gelieve het instrument te benoemen) en de uitkomsten hiervan zijn aanleiding voor verwijzing voor psychologische ondersteuning naar de GB-GGZ.

## Verwijzend arts/specialist

Praktijk : \_\_\_\_\_  
Naam : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
AGB-code : \_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening:

Ga naar onze website [www.kinderjeugdteamdokkum.nl](http://www.kinderjeugdteamdokkum.nl) voor het maken van een afspraak via het contactformulier of maak telefonisch een afspraak op het nummer van de desbetreffende zorgprofessional.