CENTRUM GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ZUID-OOST-VLAANDEREN

VERWIJSBRIEF

CGG ZUID-OOST-VLAANDEREN

Volwassenen & Ouderen

Datum:

……./……./……..

GEGEVENS CLIËNT

Voornaam: …….. Achternaam: ……

Geboortedatum (dd/mm/jjjj): ……. / ……. / …… Geslacht: M ☐ V ☐ X ☐

Rijksregisternummer: ……

Straat + huisnummer: ……

Postcode + woonplaats: ……

Telefoonnummer/gsm: ……

E-mailadres: ……

Is cliënt anderstalig? Ja ☐ Neen ☐

Zo ja, welke taal spreekt de cliënt: ……..

GEGEVENS VERWIJZER

Naam: …… ……

Organisatie/functie: …… ……..

Adres: …… ……

Telefoon/e-mail: …… ……

Handtekening:

GEGEVENS HUISARTS

Naam: …… ……

Adres: …… ……..

Telefoon/e-mail: …… ……

CENTRUM GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ZUID-OOST-VLAANDEREN

VERWIJSBRIEF

CGG ZUID-OOST-VLAANDEREN

Volwassenen & Ouderen

Datum:

……./……./……..

REDEN VAN VERWIJZING

Klacht(en) – waar heeft de cliënt op dit moment het meeste last van? Ontstaan, aard, duur, verloop, …

……

……

……

……

Waarom verwijst u **nu** door? Waarom denk u dat deze cliënt het best naar een CGG wordt verwezen?

……

……

……

……

Hebben de klachten impact op andere levensdomeinen?

- Werk: ……
- Wonen: ……
- Inkomen: ……
- Relaties: ……
- Vrije tijd: ……

HUIDIGE EN VROEGERE HULPVERLENING

Welke hulpverlening en zorgpartners zijn op dit moment betrokken?

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

CENTRUM GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ZUID-OOST-VLAANDEREN

VERWIJSBRIEF CGG ZUID-OOST-VLAANDEREN Volwassenen & Ouderen	Datum: ……./……./……..

Werd de cliënt al eerder begeleid/behandeld omwille van psychische problemen?

(wanneer – welke instantie/soort hulpverlening – reden van zorg):

Graag verslagen m.b.t. diagnostiek, behandeling(en) toevoegen aan deze verwijsbrief.

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

❼ **Suïcidaliteit**

- Is er sprake van recente suïcidale gedachten en/of gedrag?
  ……
- Zijn er suïcidepogingen in het verleden?
  ……

LET OP: indien u hoogdringendheid inschat, dient u telefonisch contact op te nemen via het nummer 078/15 55 70

❼ Vermoedt u **overmatig gebruik** van:

- Alcohol: ……
- Drugs: ……
- Medicijnen: ……

❼ Zijn er belangrijke **medische gegevens**?

……

……

……

❼ **Huidig medicatieschema** (naam + dosering per dag):

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

❼ Is er andere **relevante informatie**?

……

……

6. Enkel in te vullen indien dit over de verwijzing van een anderstalige cliënt gaat!

Vanuit een keuze voor het kunnen garanderen van een kwaliteitsvol therapeutisch traject binnen het CGG ZOV, wordt hierbij het akkoord gegeven om, indien nodig, een sociaal tolk in te schakelen

tijdens de intake en het traject. Er is dan ook een bereidheid om de kost voor de vergoeding van de tolk en de kost voor het transport te betalen als de opdrachten effectief uitgevoerd zijn, maar ook als een aangevraagde tolkbeurt laattijdig geannuleerd wordt.

Voor meer praktische info m.b.t. het inschakelen van een sociaal tolk en de geldende tarieven verwijzen we u graag door naar de website van het Agentschap Integratie en Inburgering.

De tolkkosten mogen gefactureerd worden aan: …… De

facturatiegegevens zijn de volgende:

……

……

Voor akkoord,

Naam + voornaam + evt. organisatie van persoon of organisatie die zal instaan voor de tolkkosten:

……

Handtekening van persoon of organisatie die zal instaan voor de tolkkosten:

Dit formulier dient vooraleer de intake plaatsvindt terugbezorgd te worden aan het CGG ZOV.

Zo kan, indien een sociaal tolk ingeschakeld dient te worden bij intake, dit ook tijdig geregeld worden vanuit het CGG ZOV.