

AANMELDFORMULIER

Kinder- en jeugdpsychiatrie UZ Gent

HOOFD, HALS EN ZENUWSTELSEL, PSYCHIATRIE & KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE,
KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

telefoon
+32 (0)9 332 48 74

fax
+32 (0)9 332 27 58

e-mail
kinderpsychiatrie@uzgent.be

Samen in te vullen met de verwijzer (huisarts, kinderarts).
Voor meer informatie zie www.uzgent.be/kinder-en-jeugdpsychiatrie

GEGEVENS PATIËNT

Naam: _____

Geboortedatum: _____

GEGEVENS VERWIJZER

Naam _____

Functie _____

Riziv-nummer _____

Dienst of zorginstelling _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

AANMELDFORMULIER

Welke problematiek wilt u melden? Gelieve het probleem concreet te omschrijven (vermoeden van een op DSM-benoemde stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten):

Welke hulpverlening heeft reeds plaatsgevonden?



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Welke rol heeft de verwijzer daarin gespeeld?

Aan welke soort hulpverlening wordt nu verder gedacht?

Waarom wordt bijkomend gevraagd naar een verwijzing naar een universitaire afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie?

Aan welke soort modaliteit binnen onze afdeling wordt gedacht?

- Centrum voor complexe diagnostiek/onderzoek, advies en coördinatie
- Referentiecentrum Autisme
- Outreaching
- Daghospitalisatie
- Hospitalisatie
- Liaison (samenwerking medische discipline/pediatrie en kinderpsychiatrie)
- Andere:

Datum: _____

Handtekening & Stempel (Riziv-nummer)