**Verwijzing naar gespecialiseerde GGZ voor diagnostiek en behandeling wegens het vermoeden van een eetstoornis, eventueel gepaard gaande met (ernstig) overgewicht. Verzoek tot behandeling door klinisch psycholoog/ psychiater/ psychotherapeut en/ of (GZ) psycholoog.**

**\* Verplichte gegevens**

**\*Gegevens verwijzer:**

|  |  |
| --- | --- |
| Verwijzend arts: |  |
| AGB code verwijzer: |  |
| Adres/ plaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Datum: |  |
| Stempel: |  | Handtekening: |

**\*Gegevens patiënt:**

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters & Achternaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| BSN: |  |
| Vermoeden DSM 5 stoornis: | * Boulimia
* Eetbuienstoornis
* Andere gespecificeerde eetstoornis
* Andere***niet*** gespecificeerde eetstoornis
* Overig, namelijk:

 ………………………………………………………… ………………………………………………………… |

**In het belang van de patiënt vragen wij u om een uitdraai van de medische voorgeschiedenis en actuele medicatie aan de verwijzing toe te voegen.**