

Verwijsformulier combipoli psychiatrie/kinder- en jeugdpsychiatrie (specialistische GGZ)

Dit formulier kan via e-mail, fax of post verstuurd worden naar:

Dr. J.M.E. Okkerse, klinisch psycholoog
Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis, polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie, Postbus 2060, 3000 CB Rotterdam
E-mail: j.okkerse@erasmusmc.nl tel: 010-7040209; Fax: 010-7036803

De combipoli richt zich op diagnostiek en behandeling (moeder-kind dagbehandeling, moeder-kind groepspsychotherapie of ouderbegeleiding) van de (mogelijk) verstoorde ouder-kind relatie en/of verstoorde ontwikkeling van het kind (0 tot 4 jaar) bij moeders c.q. vaders met een psychiatrische aandoening. De combipoli voorziet niet in individuele behandeling van de ouder(s).
(Zie ook: informatiefolder combipoli psychiatrie/kinder- en jeugdpsychiatrie te vinden op www.erasmusmc.nl/zwangerschapspsychiatrie).

Gegevens verwijzer (N.B. verwijzer dient een medisch specialist of huisarts te zijn):

Naam:

Instelling:

AGB-code verwijzer (beginnend met 01 of 03):

Datum:

Handtekening:

Gegevens huisarts (indien verwijzer niet de huisarts is):

Naam:

Adres:

Is met de ouder(s) de doorverwijzing naar de combipoli besproken? Ja/nee

NB Ouders dienen zich te realiseren dat voor diagnostiek en behandeling op de combipoli hun kind ingeschreven wordt op de kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie

Ouderlijk gezag: moeder / beiden* (doorhalen wat niet van toepassing is)

* Indien vader ook ouderlijk gezag heeft, dient hij toestemming te geven voor verwijzing naar de combipoli

Heeft de ouder momenteel een eigen behandelaar? Ja/ nee

Indien ja: kan de eigen behandelaar de behandeling van moeder c.q. vader continueren? Ja/nee

* De eigen behandeling van moeder en/of vader wordt niet automatisch overgenomen bij verwijzing naar de combipoli. Zo nodig kan overleg plaatsvinden over welke mogelijkheden er zijn binnen de poli zwangerschapspsychiatrie.

Gegevens kind

Naam en achternaam:*

Geslacht:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer ouders:

e-mail ouders:

BSN nummer:

Jeugdzorg betrokken: ja/nee

Indien ja:

contactpersoon:

telefoon:

e-mail:

**Let er op dat de achternaam van het kind vaak anders is dan die van de moeder*

Vermoeden stoornis kind en/of ouder-kind relatie volgens DC 0-3R (meerdere opties mogelijk):

- posttraumatische-stressstoornis
- regulatiestoornis (problemen in de prikkelverwerking, bijv ontroostbaar huilen/boos, snel overprikkeld of juist apathisch)
- slaapproblemen
- voedingsproblemen
- communicatie en contactproblemen
- verstoorde ouder-kind relatie (inclusief bedreigde hechting)
- anders, namelijk:

Toelichting gericht op de (mogelijk) verstoorde ontwikkeling van het kind*

* De psychiatrische gegevens/correspondentie over moeder en/of vader graag (met toestemming van ouders) separaat bijvoegen