

Verwijsformulier CSG

Patiëntgegevens

Naam :
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Geboortedatum :
Telefoon :

Verwijzer :
Instelling :
Adres :
Postcode :
Plaats :
Telefoon :
E-mail :

Aanmeldingsklacht:

Medische voorgeschiedenis:

Differentiaal diagnose / Werkdiagnose:

Is er voor dit probleem reeds elders consultatie/diagnostiek/behandeling geweest?

Zo ja, waar?

Wat waren de bevindingen?

Werd de casus reeds besproken met een behandelaar van Kempenhaeghe?

Zo ja, met wie?

Heeft de patiënt een verstandelijke beperking?

Indien het verwijzing voor slapeloosheid/insomnie betreft:

Betreft het:

Persisterende insomnie na volledige cognitieve gedragstherapie voor insomnie.

Waar heeft CGT-i plaatsgevonden:

Insomnie bij comorbide slaapstoornis.

Welke slaapdiagnoses zijn gesteld:

Insomnie in het kader van een andere medische aandoening, waarbij maximale behandeling van de medische aandoening de insomnieklachten niet heeft verminderd.

Welke medische comorbiditeit betreft het:

Insomnie bij comorbide ernstige psychiatrie => Patiënt wordt na diagnostisch traject terugverwezen wanneer geen sprake van organische slaappathologie.

Welke psychiatrische diagnoses zijn gesteld:

Waar vindt lopende behandeling hiervan plaats:

Primaire insomnie => patiënt zal terugverwezen worden. (zie voor aanname beleid: <https://www.kempenhaeghe.nl/slaapgeneeskunde/verwijzen/>)

NB Wilt u bijlagen, zoals bijvoorbeeld resultaten van reeds verricht diagnostisch onderzoek (o.a. polysomnografieverslag, resultaat van psychologisch of psychiatrisch onderzoek) en eventuele correspondentie, met vermelding van de patiëntgegevens per post versturen naar:

Kempenhaeghe
t.a.v. secretariaat polikliniek Centrum voor Slaapgeneeskunde
Postbus 61
5590 AB Heeze