



Naam aanvrager:
Organisatie:
Telefoonnummer:
Datum aanvraag:

Functie:
Adres:
E-mailadres:

Patiëntgegevens

Naam:
Geslacht: M / V
Adres:
Telefoonnummer:
E-mailadres:
Burgerlijke staat:
Zorgverzekeraar (naam/plaats):
Naam huisarts:
Geboorteplaats patiënt:

Patiënt is akkoord met aanvraag:

Voorletters:
Geboortedatum:
Postcode + plaats:
Mobiel nummer:
BurgerServiceNummer (sofinr.):
Polisnummer:
Adres huisarts:
Geboorteland ouders:

Reden Second Opinion/Vraagstelling*

*Geef aan wat van toepassing is

1. Diagnostiek

2. Behandeling

Toelichting vraag:

(Voorlopige) DSM-IV classificatie

As I

As II

Eventuele bijzonderheden

Mee te sturen informatie

- Ingevuld Diagnostisch interview voor ADHD (DIVA 2.0) of ander diagnostisch instrument voor ADHD bij volwassenen
- Familieanamnese
- Informatie comorbiditeit en lichamelijke aandoeningen
- Huidige medicatie en indien relevant, (respons op) medicatie in voorgeschiedenis

Dit aanvraagformulier inclusief de gevraagde bijlagen opsturen naar:



Programma ADHD bij volwassenen
T.a.v. mevrouw drs. A. Coster, GZ-psycholoog
Carel Reinierszkade 197
2593 HR Den Haag

Fax: 088-3584205
E-mail: secr-ADHD@psyq.nl