

Verwijsformulier Volwassenen Centrum voor Slaapgeneeskunde

NB: voor kinderen of voor mensen met een verstandelijke beperking: gebruik het betreffende formulier van de website!

Patiëntgegevens:

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	

Verwijzer:

Naam	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Telefoon	
e-mail	

Verwijscriteria:

1. Betreft de verwijsvraag insomnie?

- ☐ Nee: *Ga naar vraag 4*
- ☐ Ja: *Ga naar vraag 2*

2. Is er sprake van insomnie in het kader van een andere slaapstoornis of door een organische aandoening (MS, Parkinson, etc)?

- ☐ Nee: *Ga naar vraag 3*
- ☐ Ja: Welke aandoening?
Ga naar vraag 4

3. Is er reeds lege artis cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) gegeven?

- ☐ Nee: *We kunnen deze verwijzsvraag helaas niet aannemen*
- ☐ Ja: Voeg behandelverslag bij
Ga naar vraag 4

4. Is er sprake van psychiatrische comorbiditeit en/of middelenmisbruik; welke (potentieel) interfereert met diagnostiek/behandeling op Kempenhaeghe?

- ☐ Nee: *Ga naar vraag 5*
- ☐ Ja: Is er sprake van crisis gevoeligheid?
 - ☐ Ja: *We kunnen deze verwijzingsvraag helaas niet aannemen*
 - ☐ Nee: Is er actieve psychiatrisch behandeling?
 - ☐ Nee: *We kunnen deze verwijzingsvraag helaas niet*
 - ☐ Ja: Bij wie?
Ga naar vraag 5

5. Reden van verwijzing (klacht, eventueel DD, verwijsvraag):

6. Relevante voorgeschiedenis: