**Verwijsbrief Specialistische GGZ**

rTMS + CGT-behandeling

**Aan:** Neurowave

Bloemgracht 90A

1015 TM Amsterdam

info@neurowave.nl

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  |  |

**Verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| AGB-code |  |
| Organisatie + AGB |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats |  |
| Tel: |  |

**Patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Geboortedatum: |  |
| BSN: |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats: |  |
| Tel: |  |
| E-mailadres: |  |

Geachte collega,

Er is sprake van (vermoeden van een*):* **therapieresistente depressie of/en obsessief compulsieve stoornis** bij bovengenoemde patiënt(e). Voorgaand genoten behandelingen hebben onvoldoende effect gehad (medicamenteus/gesprekstherapie). Daarom verwijs ik bovenstaand patiënt(e) voor rTMS behandeling en cognitieve gedragstherapie.

Aanvullende informatie:

* Relevante somatische problematiek
* Medicatie actueel en voorgaand genoten
* Psychiatrische voorgeschiedenis
* Suïcidaliteit

Met vriendelijke groet,

**Handtekening verwijzer en/of stempel met NAW-gegevens**