Verwijsbriefcriteria ARFID 

Geachte collega,

Bij uw verwijzing naar SeysCentra willen wij vragen uitgebreide informatie aan te leveren over uw patiënt.

In de praktijk kost het SeysCentra veel inspanningen om volledige informatie te verkrijgen, waardoor het aanmeldproces onnodig wordt vertraagd. De informatie hebben wij nodig om vooraf een goede beoordeling te doen of de problematiek van uw patiënt aansluit bij de behandeling die wij bieden. Gezien onze lange wachtlijsten is een snelle en juiste beoordeling van geschikte hulpverlening voor alle partijen van belang. Het goed aanleveren van informatie bespoedigd de adequate zorg.

Bedankt voor medewerking en uw begrip.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ten behoeve van de aanmelding vragen wij u:

1. Een standaard verwijsbrief naar ons te sturen;
2. Daarnaast graag een antwoord te geven op onderstaande vragen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Algemene informatie:** | | |
| Naam van verwijzer: |  | ….. |
| Functie: |  | kinderarts/ psycholoog/ psychiater/ anders: namelijk …...... |
| Naam van patiënt/ cliënt: |  | …. |
| Aard van eetprobleem |  | volledig/ restrictief/ selectief/ een combinatie hiervan |
| Ouders gescheiden |  | ja/nee |
| Gezag indien bekend: |  | vader ja/nee |
|  |  | moeder ja /nee |
| Broers/ zussen: |  | Geboortedatum:  1.  2.  3. |
| Zwangerschapsduur: |  | à terme/ prematuur |
| Indien prematuur: |  | … weken |
|  |  |  |
| **Problematiek** | | |
| Diagnoses: |  | …. |
| Ontwikkelingsniveau: |  | …… (indien getest graag testresultaten meeleveren) |
| Overige relevante problematiek: (gedragsproblematiek/systeem-problematiek) |  | .... |
| Groeicurve |  | …… (c.q. groeigegevens aanleveren). |
|  |  |  |
| **Aanvullend beeldvormend onderzoek op gebied van slik/passageproblemen** | | |
| Slikvideo/ datum/ uitslag: |  | …. |
| Gastroscopie |  | ja /nee  datum uitslag: … |
| Eerdere hulpverlening bij problematiek: |  | Ja/nee  Zo ja, graag toelichten |
|  |  |
| Bekende allergie/ intolerantie: |  | ja/nee  zo ja, welke: …… |
| RAST |  | ja/ nee  zo ja, positief voor …… |
| coeliakie screening |  | ja/ nee |
|  |  |  |
| **Overige informatie** | | |
| Vaccinaties: |  | ja (volgens rijks vaccinatieschema)/ nee |
| Aanvulling: |  | ….. |
| Medicatie/ laxantia: |  | ….. |
| Medische voeding/sonde voeding: |  | ….. |
|  |  |  |
| Betrokkenheid diëtiste |  | ja/nee  Zo ja, contact gegevens… |
| Betrokkenheid logopediste: |  | ja/nee  Zo ja, contact gegevens… |
| Betrokkenheid GGZ/ psychologie: |  | ja/nee  Zo ja, contact gegevens… |
| Overige hulpverlening: |  | ja/nee  Zo ja, contact gegevens… |