

VERWIJSBRIEF TRANSGENDERZORG

CENTRUM VOOR SEKSUOLOGIE EN GENDER

T +32 (0)9 332 60 23 | E gender.aanmelding@uzgent.be

Beste collega

Met dit formulier verwijst je als klinisch psycholoog of psychiater je cliënt ouder dan 24 jaar naar de medische diensten in het UZ Gent die instaan voor transgenderzorg. Er gebeurt geen psychologische assessment en opvolging bij het Centrum voor seksuologie en gender, de cliënt komt rechtevree terecht bij een medische dienst.

Mogen we je vragen om per genderaffirmerende stap een afzonderlijk formulier in te vullen?
Het advies in dit formulier is 6 maanden geldig.

Op basis van de informatie uit het formulier wordt jouw cliënt een gepast zorgtraject toegewezen. Dat kan ook inhouden dat er geen rechtstreekse instroom mogelijk is. Bij vragen of onduidelijkheden nemen we contact met jou op.

Dit document zal deel uitmaken van het elektronisch patiëntendossier van jouw cliënt in het UZ Gent.

VERWIJSBRIEF DOORSTUREN

- Je kan ons de ingevulde brief bezorgen via de eHealthbox van ons centrum: Centrum voor seksuologie & gender – U.Z. GENT (71067049).
- Ook je cliënt kan ons de brief sturen samen met het [aanmeldingsformulier](#).

Met collegiale groeten
Centrum voor seksuologie en gender

VERWIJSBRIEF TRANSGENDERZORG

CENTRUM VOOR SEKSUOLOGIE EN GENDER

T +32 (0)9 332 60 23 | E gender.aanmelding@uzgent.be

▲ GEGEVENS VERWIJZER

Voornaam: _____

Naam: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Beroepskwalificatie: _____

Aansluitingsnummer (Riziv, Visum ...): _____

▲ GEGEVENS CLIËNT

Voornaam: _____

Naam: _____

Sociale naam (indien anders dan de wettelijke naam): _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Rijksregisternummer (of BIG-nummer): _____

Is de cliënt Nederlandstalig? ☐ Ja ☐ Nee, de moedertaal is: _____

Huisarts

Voornaam: _____

Naam: _____

Gemeente: _____

▲ DOORVERWIJZING

We verwijzen de cliënt door voor (*):

☐ Hormonale behandeling

☐ Ovariectomie

☐ Falloplastie

☐ Mammectomie

☐ Colpectomie

☐ Vaginoplastie

☐ Borstvergroting

☐ Orchidectomie

☐ Genderbevestigende faciale chirurgie

☐ Hysterectomie

☐ Metadoioplastie

☐ Stemchirurgie

☐ Andere: _____

(*) Duid één behandeling aan. Voor elke extra behandeling vul je een apart formulier in.

▲ **VERSLAG VAN HET TRANSITIETRAJECT EN DE HULPVRAAG**

Geef een kort verslag van eventuele eerdere sociale en medische stappen met betrekking tot de genderidentiteit.

Geef kort de motivatie voor de gewenste stappen weer.

▲ **KORTE WEERGAVE VAN HET PSYCHOLOGISCH ASSESSMENT**

Beschrijving van de genderidentiteit en -ontwikkeling.

Mentale gezondheid, inclusief eventuele diagnoses.

De duur en de frequentie van de relatie van de professional in de geestelijke gezondheidszorg met de cliënt, inclusief het type begeleiding, therapie of counseling tot nu toe.

Dagbesteding: onderwijs, beroeps- of andere bezigheden.

Alle relevante sociale factoren zoals sociale integratie en netwerken, mate van ondersteuning, positie in of contact met familie van herkomst, partnerschappen.

▲ **VERSLAG VAN MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS EN LICHAMELIJKE GEZONDHEID**

Geef een korte verklaring van alle andere relevante medische aspecten die noodzakelijk worden geacht voor het medische verzoek. Hou daarbij rekening met drinkgewoonten, roken, BMI, medicatie, allergieën ...

▲ **VERKLARING VOOR OPSTART HORMONALE THERAPIE**

Als verwijzer bevestig ik (vink aan)

- ☐ Mijn cliënt ervaart duidelijke en aanhoudende genderincongruentie.
- ☐ Andere mogelijke oorzaken van schijnbare genderincongruentie zijn geïdentificeerd en uitgesloten.
- ☐ Mijn cliënt toont het vermogen om toestemming te geven voor de specifieke genderbevestigende hormoonbehandeling.
- ☐ Mentale gezondheid en fysieke condities die een negatieve invloed kunnen hebben op de uitkomst van de behandeling zijn beoordeeld. De risico's en voordelen zijn besproken.
- ☐ Mijn cliënt begrijpt het effect van een genderbevestigende hormoonbehandeling op de voortplanting. Reproductieve opties werden verkend.

▲ VERKLARING VOOR GENDERBEVESTIGENDE CHIRURGIE

Als verwijzer bevestig ik (vink aan)

- ☐ Mijn cliënt ervaart duidelijke en aanhoudende genderincongruentie.
- ☐ Andere mogelijke oorzaken van schijnbare genderincongruentie zijn geïdentificeerd en uitgesloten.
- ☐ Mijn cliënt toont het vermogen om toestemming te geven voor de specifieke genderbevestigende chirurgische ingreep.
- ☐ Mentale gezondheid en fysieke aandoeningen die de uitkomst van genderbevestigende chirurgische ingreep negatief kunnen beïnvloeden, zijn beoordeeld. De risico's en voordelen zijn besproken.
- ☐ Mijn cliënt begrijpt het effect van een genderbevestigende chirurgische ingreep op de voortplanting en heeft reproductieve opties onderzocht.
- ☐ Mijn cliënt is stabiel op het genderbevestigende hormonale behandelingsregime (hormoonbehandeling van ten minste 12 maanden of langer indien vereist om het gewenste chirurgische resultaat te bereiken, tenzij hormoontherapie niet gewenst is of medisch gecontra-indiceerd is).

Als de genderbevestigende hormonale behandeling of gonadale onderdrukking niet klinisch geïndiceerd is of als de procedure niet strookt met de wensen, doelen of uitingen van de individuele genderidentiteit van de patiënt, geef dan hier uitleg.

▲ OPMERKINGEN

Heb je nog vragen of opmerkingen?

▲ VERKLARING

- ☐ Ik bevestig dat ik deze verwijsbrief heb doorgenomen met mijn cliënt.
- ☐ Ik verklaar beschikbaar te zijn voor mijn cliënt voor verdere opvolging en nazorg van de zorgvraag zoals hierboven gesteld.
- ☐ Ik ben beschikbaar voor overleg over mijn cliënt met de leden van het genderteam van het UZ Gent via:
 - ☐ E-mail: _____
 - ☐ Telefoon, bij voorkeur op deze tijdstippen: _____

▲ VERWIJZER

Datum ____ / ____ / ____

Handtekening