

**Ik verzoek u graag lijst volledig in te vullen.**

Al uw gegevens vallen onder het beroepsgeheim.

■ **PERSOONLIJKE GEGEVENS**

Naam ..... Voorletter(s) ..... Geslacht V M

Roepnaam ..... Geboortedatum .....

BSN nummer .....

Adres .....

Postcode ..... Woonplaats .....

Telefoon privé ..... Telefoon werk .....

Mobiele telefoonnummer .....

E-mailadres .....

■ **VERWIJZER GEGEVENS**

Naam huisarts .....

Adres huisarts(en)praktijk .....

Telefoon huisarts(en)praktijk .....

Vindt u het goed als er overleg met de huisarts is over uw behandeling? Ja Nee

U bent verwezen door .....

■ **VERZEKERINGSGEGEVENS**

Verzekeringsmaatschappij .....

Polisnummer .....

■ **LEEFSITUATIE**

Burgerlijke staat Alleenstaand

Gehuwd, sinds .....

2<sup>e</sup> huwelijk, sinds .....

Samenwonend, sinds .....

Lat-relatie, sinds .....

Gescheiden, sinds .....

Weduwe(naar), sinds .....

Heeft u kinderen? Ja Nee

Aantal ..... Leeftijd ..... Geslacht .....

■ KLACHTEN

Wat zijn uw belangrijkste klachten / problemen?

.....  
.....  
.....

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

.....  
.....  
.....

Kunt u aangeven hoe en waardoor deze klachten zijn begonnen?

.....  
.....  
.....

■ THERAPIEDOELLEN

Kunt u zo concreet mogelijk aangeven wat u van de therapie verwacht en wat u met de therapie zou willen bereiken?

.....  
.....  
.....

■ EERDERE HULPVERLENING

Heeft u eerder een behandeling gehad bij een psychiater, psychotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werker?

Ja Nee

Zo ja, bij wie .....

Wanneer? .....

Welke klachten/ problemen had u toen?

.....  
.....

Wat was het resultaat?    Zeer goed    goed    redelijk    slecht    zeer slecht

Opmerkingen .....

.....  
.....

## ■ OPLEIDING EN WERK

Welke scholen heeft u doorlopen? Basisschool Middelbare school Vervolgopleiding

Wat is uw beroep? .....

Oefent u uw beroep uit op dit moment? Ja Nee, want .....

Zo ja, waar werkt u? .....

Zo nee, sinds wanneer werkt u niet meer? .....

Maakt u gebruik van een uitkering? Ja Nee, want .....

Zo ja, welke? WW WAO Ziektewet VUT OBU AOW

Anders, namelijk .....

Opmerkingen .....

## ■ LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Gebruikt u medicijnen? Nee Niet meer Ja, .....

Gebruikt u alcohol? Nee Niet meer Ja, ..... eenheden per dag

Gebruikt u softdrugs? Nee Niet meer Ja, ..... per dag

Gebruikt u harddrugs? Nee Niet meer Ja, ..... per dag

Opmerkingen .....

**Ik dank u hartelijk voor het invullen van de intake vragenlijst.**

Nu volgt nog een wettelijke verplichte akkoordverklaring die u dient in te vullen en te ondertekenen. De ondertekening kan tijdens het intake gesprek.

Na ontvangst van uw intake vragenlijst en akkoordverklaring, zal ik zo spoedig mogelijk contact met u opnemen.

Uw volledig ingevulde intake vragenlijst en akkoordverklaring kunt u mailen [info@anderzkijken.nl](mailto:info@anderzkijken.nl). Of via de reguliere post versturen naar AnderZkijken, Sint Helenahof 13, 9617 EG Harkstede.

**Ik verzoek u deze akkoordverklaring aandachtig te lezen, in te vullen en te ondertekenen.**

Zonder deze verklaring mag de behandeling van rechtswege niet starten.

■ INFORMATIEVERTREKING

- Cliënt heeft uitleg gekregen over diagnostiek en behandelplan.
- Cliënt is gewezen op de verschillende therapiesoorten.
- Het behandelplan is besproken met cliënt en is hiermee akkoord.
- Cliënt is ervan op de hoogte dat hij bij spoed/crisis contact op dient te nemen met de huisarts, de doktersdienst, de SEH of eventueel (indien hier specifieke afspraken over zijn) de crisisdienst GGZ.
- Cliënt is gewezen op klachtenprocedure NIP ([www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)) en op de samenwerking met andere praktijken, bij ziekte of overlijden.
- De behandeling wordt geevalueerd met behulp van ROM (Routine Outcome Monitoring) vragenlijsten. Deze vragenlijsten worden voorafgaand en aan het einde van de behandeling digitaal afgenomen. De uitkomsten worden met u besproken.

■ BEHANDELGEGEVENS

Vindt u het goed als er overleg met de huisarts is over uw behandeling? Ja Nee

Stem u toe met het beschikbaar stellen van uw diagnose en behandelgegevens aan het DIS/De Zorgverzekeraar? Ja Nee

**Indien van toepassing**

Client gaat akkoord met gegevens verstrekken aan derden:

Naam instantie .....

Adres .....

■ ONDERTEKENING

Ik heb deze akkoordverklaring gelezen en ben akkoord met de inhoud.

Naam ..... Handtekening

Datum .....

**Praktijken waarmee Psychologenpraktijk AnderZkijken samenwerkt zijn:**

- Mw. I. van der Laan te Slochteren
- Mw. Baukje Veenstra te Hllum
- Mw. Jolanda van der Velde, Psychotherapeut te Haren
- Dhr J. Huizing, Psychiater te Annen





Mocht u een klacht hebben over de verwerking van uw persoonsgegevens dan vragen wij u hierover direct contact met ons op te nemen. Komen wij er samen met u niet uit dan vinden wij dit natuurlijk erg vervelend. U heeft altijd het recht een klacht in te dienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens, dit is de toezichthoudende autoriteit op het gebied van privacybescherming.

Als u naar aanleiding van ons Privacy Statement nog vragen of opmerkingen heeft neem dan contact met ons op!

Psychologenpraktijk Anderzkijken  
Sint Helenahof 13  
9617 EG HARKSTEDE  
info@anderzkijken.nl