

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^e 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 digitaal volledig ingevulde intake vragenlijst en akkoordverklaring kunt u beveiligd naar mij mailen via Zivver.

Hiervoor stuurt u een mail naar info@anderzkijken.nl met het verzoek: 'Graag een Zivver mail voor het aanmeldformulier'.

U kunt daarna beveiligd uw aanmeldformulier naar mij toesturen via de deze Zivver mail.

U kunt natuurlijk ook handmatig de intake vragenlijst en akkoordverklaring invullen en dan 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.

■ INFORMATIEVERTREKKING

- 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 LVVP (lvvp.info) 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:

- Karin Folkers www.psychologiepraktijk-karinfolkers.nl
- Bianca Oostland www.praktijkoostland.nl
- Haike Jacobs ppnn.nl
- Lianne de Groot www.psychologenpraktijkdegroot.nl