

Intakeformulier

Wilt u zo vriendelijk zijn dit formulier voor aanvang van het intakegesprek in te vullen en samen met een geldig legitimatiebewijs en pasje van uw zorgverzekering, mee te nemen naar het intakegesprek.

Gegevens cliënt

Naam & voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum: / / Geboren te:

Burgerlijke staat: gehuwd/samenwonend/ongehuwd/alleenwonend/*

Beroep:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoon thuis Mobiel

E-mail

Huisarts

Naam & voorletters:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoon E-mail

Verzekering

Ziektekostenverzekering:

Polisnummer:(Uzovi code:.....)

Verwijzing

Verwezen door / op aanraden van:

*= doorstrepen wat niet uw antwoord is

Afspraken

- Gaat u er mee akkoord dat informatie wordt ingewonnen bij de huisarts, behandelend specialist of andere hulpverlener, indien dit voorafgaande of gedurende de therapie nuttig kan worden geacht voor de voortgang van de therapie?

Ja / Nee *

Anders, namelijk

.....

.....

- Gaat u er mee akkoord dat gedurende de behandeling en achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of andere verwijzer?

Ja / Nee *

Anders, namelijk

.....

.....

- Gaat u er mee akkoord dat uw email adres wordt doorgegeven aan de Vereniging van Integraal Therapeuten (V.I.T.), de beroepsvereniging van de therapeut, zodat u na afronding van de therapie kunt worden benaderd voor een cliënt tevredenheidonderzoek? Het onderzoek is volstrekt anoniem en uw email adres wordt alleen gebruikt voor de uitnodiging om de online vragenlijst in te vullen.

Ja / Nee *

Anders, namelijk

.....

.....

*= doorstrepen wat niet uw antwoord is

Informatie hulpvraag

1. Wat is (zijn) uw klacht(en)?

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

2. Hoelang heeft u deze klacht(en)?

Sinds (datum):

Aanvullende informatie:

3. Welke artsen (huisarts / specialist) heeft u geraadpleegd m.b.t. deze klacht(en)?

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

4. Wat is de diagnose van de huisarts / specialist?

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

*= doorstrepen wat niet uw antwoord is

5. Wat zijn de adviezen van de huisarts / specialist?

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

6. Bent u momenteel nog onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling?

Ja / Nee *

Zo ja, bij wie?

a. Naam & voorletters:

Functie:, te

Diagnose:

b. Naam & voorletters:

Functie:, te

Diagnose:

c. Naam & voorletters:

Functie:, te

Diagnose:

7. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe?

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

*= doorstrepen wat niet uw antwoord is

8. Wat wilt u met de komende behandeling bereiken?

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

9. Gebruikt u medicijnen?

Ja / Nee *

Zo ja, welke medicijnen en waarvoor?

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

10. Opmerkingen / nadere informatie (eventueel onder vermelding bijlagen):

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

Volledig en naar waarheid ingevuld,

Datum: / /

Plaats:

Handtekening:

.....

Naam & voorletters:

*= doorstrepen wat niet uw antwoord is