



Praktijk voor Psychotherapie en Coaching
drs M.L. van de Kamp-Verbeij
gz-psycholoog / psychotherapeut / gedragstherapeut / supervisor

VRAGENLIJST BIJ AANMELDING

Op de volgende bladzijden treft u een aantal vragen aan.
Sommige daarvan kunt u beantwoorden door het hokje zwart te maken van het juiste antwoord, bij andere vragen is een meer uitgebreid antwoord nodig.

Wilt u dat antwoord zo volledig en nauwkeurig mogelijk opschrijven op de daartoe genoemde plaats?

Deze gegevens zullen als vertrouwelijk worden behandeld.



Personalia

1. Achternaam (evt en geboortenaam):
2. Voorletters:.....Roepnaam:.....
3. Man Vrouw overig, nl.....voornaamwoorden:.....
4. Evt: naam partner:.....
5. Adres :
6. Postcode :Plaats :
7. Geboortedatum:
8. Telefoonnummer privé:
9. Email.....
10. Godsdienst:Praktiserend: Ja Nee
11. Burgerlijke staat:
 ongehuwd samenwonend gehuwd gescheiden
 weduwe/weduwnaar Lat-relatie met kinderen
12. Beroep:
13. Instantie of bedrijf waar u werkt:
14. Naam Huisarts:
Adres Huisarts:
Postcode en plaats Huisarts:.....
Telefoonnummer Huisarts :.....
15. Naam basis ziektekostenverzekering:
Polisnummer verzekering:
Uzovi-code verzekeraar (4 cijfers):
16. Burger Service Nummer (BSN = sofinummer):
17. Nummer ID:.....(paspoort/rijbewijs/ID)
18. Hoe komt u aan ons adres?
 huisarts
 bedrijfsarts (naam):
 maatschappelijk werk (naam):
 arbeids- of reïntegratiedeskundige (naam):
 website:
 overig:



Psychische klachten en problemen

19. Vanwege welke klachten of problemen komt u hier?

.....

20. Hoe lang heeft u al last van deze klachten en problemen?

.....

21. Waarom komt u nu? Wat is de aanleiding om op dit moment naar een therapeut te gaan?

.....

22. Wat heeft u al gedaan tegen deze klachten en problemen?.....

.....

23. Wat hoopt u te bereiken?.....

.....

24. Bent u al eens voor *deze klachten of problemen* behandeld?

ja nee

Naam instelling	Jaar van behandeling	Duur van de behandeling	Opname	
			Ja	Nee

25. Bent u al eens eerder voor *andere* klachten in behandeling geweest?

ja nee

Naam instelling	Jaar van behandeling	Duur van de behandeling	Opname	
			Ja	Nee



Persoonlijke omstandigheden

38. Hoe woont u:

- alleen bij ouders met eigen gezin of partner
 anders:

39. Heeft u een relatie: ja nee

40. Hoe beoordeelt u, over het algemeen uw relatie:

- zeer goed goed redelijk slecht zeer slecht

41. Vindt u uw seksuele leven bevredigend? ja nee en dat heeft te maken met:.....

42. Hoeveel kinderen telt uw ouderlijk gezin:

43. Het hoeveelste kind bent u:

44. Wilt u een overzicht geven van uw broer(s) en zus(sen):

Naam	Huidige leeftijd

45. Zijn uw ouders nog in leven:

	Vader		Moeder	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Nog in leven				
Indien ja, Leeftijd				
Indien nee, jaar van overlijden				

46. Hoe beoordeelt u uw jeugd:

- zeer goed goed redelijk slecht zeer slecht

Waarom:
.....

47. Heeft u zelf kinderen: ja nee

Wilt u een overzicht geven van uw kinderen:

Naam	Huidige leeftijd	Thuis wonend?



Algemeen

48. Zijn er in uw leven ooit belangrijke gebeurtenissen geweest waarvan u nog de gevolgen ondervindt ja nee

Zo ja. Welke gebeurtenissen zijn dit:

.....

.....

.....

.....

49. Wie zijn de belangrijkste mensen in uw leven, welke relatie heeft u met hen en hoe vaak spreekt u hen?

Personen	Welke relatie heeft u met hen	Hoe vaak spreekt hem/haar

Praktijkafspraken

50. Wilt u de onderstaande vragen invullen en het formulier tekenen?

- Ik heb de praktijkvoorwaarden ontvangen en ga ermee akkoord. ja nee
- Ik weet dat ik via de site: www.nvvp.nl inhoudelijke informatie over de WGBO (Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst), de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming), het klachtrecht (WKCZ) en de beroepscode voor psychotherapeuten kan vinden. ja nee
- Ik geef mijn behandelaar toestemming om de huisarts op de hoogte te brengen van de bevindingen na intake en aan het einde. ja nee
- Ik ben op de hoogte van de globale kosten voor mij (zie bijlage bij praktijkvoorwaarden). ja nee



Praktijk voor Psychotherapie en Coaching
drs M.L. van de Kamp-Verbeij
gz-psycholoog / psychotherapeut / gedragstherapeut / supervisor

Ik realiseer me en ben ermee akkoord dat beveiligd informatie delen alleen kan via Zivver (u kunt een gratis account aanmaken en via Zivver naar mij mailen op info@praktijkvdkamp.nl), Signal (als alternatief voor Whatsapp) en beeldbellen via Therapieland. Andere media kan ik niet gebruiken voor het delen van privacy gevoelige informatie. ja nee

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Wilt u dit formulier veilig versturen? Dat kan via Zivver, u kunt gratis een account aanmaken. Stuur het dan naar:
info@praktijkvdkamp.nl