

Aanmeldingsformulier



Persoonlijke gegevens	
Naam	Voorletters:
Roepnaam	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum	
Adres	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon - privé	<input type="checkbox"/> vast <input type="checkbox"/> mobiel
- werk	<input type="checkbox"/> vast <input type="checkbox"/> mobiel
E-mail adres	
Burgerservicenummer	
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Gehuwd of samenwonend
Naam partner	
	<input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe of weduwnaar
Kinderen	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, aantal: <input type="checkbox"/> Leeftijd:

Huisarts	
Naam	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Verwijzer (indien niet de huisarts)	
Naam	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	

Zorgverzekeraar	
Naam	
UZOVI-code	
Datum start verzekering	
Polisnummer	
Polisvorm	<input type="checkbox"/> Natura <input type="checkbox"/> Restitutie
Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<i>Indien de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar afgesloten is:</i>	
Naam	
Polisnummer	

Opleiding	
	<input type="checkbox"/> Basisschool
	<input type="checkbox"/> Lager bijzonder vormend onderwijs
	<input type="checkbox"/> Lager beroepsonderwijs
	<input type="checkbox"/> Middelbaar voortgezet onderwijs
	<input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs
	<input type="checkbox"/> Hoger voortgezet onderwijs
	<input type="checkbox"/> Hoger beroepsonderwijs
	<input type="checkbox"/> Voorbereidend wetenschappelijk onderzoek
	<input type="checkbox"/> Wetenschappelijk onderwijs

Huidige opleiding	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:

Huidige beroep	

Ziektewet	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds

Gezin van herkomst		
Gezinslid:	Leeftijd	Opleiding en beroep
Mijn vader		
Mijn moeder		
Broer/zus*		
Broer/zus*		
Broer/zus*		
Broer/zus*		
Broer/zus*		

*doorhalen wat niet van toepassing is

Gescheiden ouders	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, op mijn leeftijd van: _____ jaar.

Sociale contacten	<input type="checkbox"/> Geen vrienden
	<input type="checkbox"/> 1 - 2 vrienden
	<input type="checkbox"/> 3 - 4 vrienden
	<input type="checkbox"/> 5 - 6 vrienden
	<input type="checkbox"/> Meer dan 6 vrienden

Vrije tijd, hobby	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk: _____

Levensovertuiging	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk: _____

Medicatie	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk: _____ mg, per: _____
	_____ mp, per: _____
	_____ mp, per: _____

Middelengebruik	
Alcohol	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Drugs	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Tabak	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Gokken	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Koffie	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Internet, computer	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:
Anders	<input type="checkbox"/> Namelijk:

Problematisch middelengebruik voor u of anderen	
	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:

Eerdere hulpverlening	
	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk bij:
	jaar:
	bij:
	jaar:

Klachten en problemen

Wilt u hieronder uw klachten kort beschrijven?

Welke klachten/problemen uit het volgende rijtje heeft u? Meerdere keuzes mogelijk

<input type="checkbox"/> Problemen in de vaste relatie
<input type="checkbox"/> Problemen in het gezin
<input type="checkbox"/> Problemen met het opvoeden van kinderen
<input type="checkbox"/> Problemen in contact met anderen
<input type="checkbox"/> Problemen op het werk of in de studie
<input type="checkbox"/> Problemen als somberheid, uitzichtloosheid, lusteloosheid, depressieve gevoelens
<input type="checkbox"/> Problemen als overspannenheid, burn-out, chronische vermoeidheid
<input type="checkbox"/> Problemen als agressie, kwaadheid, ruzie maken
<input type="checkbox"/> Problemen als lichamelijke spanningen en pijn, hyperventilatie
<input type="checkbox"/> Problemen als onzekerheid, minderwaardigheid, lage zelfwaardering
<input type="checkbox"/> Problemen als dwangmatige gedachten of handelingen
<input type="checkbox"/> Problemen als angsten, fobieën, paniekaanvallen
<input type="checkbox"/> Problemen t.g.v. rouw, scheiding, ingrijpende gebeurtenis(sen)
<input type="checkbox"/> Seksuele problemen
<input type="checkbox"/> Seksuele of lichamelijk misbruik
<input type="checkbox"/> Slaapproblemen
<input type="checkbox"/> Problemen met fantasie, werkelijk, eigenheid
<input type="checkbox"/> Gedachten aan zelfmoord
<input type="checkbox"/> Pogingen tot zelfmoord
<input type="checkbox"/> Eetproblemen
<input type="checkbox"/> Problemen in gedrag als diefstal, bedrog, wetsovertredingen
<input type="checkbox"/> Andere problemen namelijk:

Lichamelijke klachten	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:

Wat wilt u veranderen of bereiken?

Verklaring	
Hierbij geef ik toestemming aan de behandelaar om mijn huisarts te informeren over de aanmelding, het verloop en het resultaat van de behandeling.	
Plaats	
Datum	
Naam	
Handtekening:	