## Praktijk Focusbronnen Wilja Westerhof

 Datum intake:

# **Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Man Vrouw |
| Voornaam: |   |
| Adres: | Geboortedatum: |
| Postcode: | Telefoon privé: |
| Woonplaats: | Telefoon mobiel: |
| Opleiding: | Telefoon werk: |
| Beroep: | E-mail: |

# **Sociale achtergrond en situatie**

|  |
| --- |
| Gehuwd/Samenwonend  Alleenwonend |
| Kinderen (naam & geboortedatum, thuiswonend?): |
| Waren er bijzonderheden binnen uw familie? |
| Kunt u een korte schets geven van het gezin waarin u bent opgegroeid? |
| Wat zijn in uw ogen belangrijke gebeurtenissen geweest in uw leven? |
| Zijn er nog andere zaken die voor mij van belang zouden kunnen zijn om te weten, of die u aan de informatie zou willen toevoegen? |

# **Problematiek en hulpvraag**

|  |
| --- |
| Voor welke problemen zoekt u op dit moment hulp (bij mij), wat is uw hulpvraag? |
| Heeft u een idee hoe deze problemen zijn ontstaan? |
| Heeft u ook lichamelijke klachten en/of beperkingen? |
| Waarom denkt u dat EMDR/psychosociale therapie u kan helpen? |

# **Overige informatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Verwijzer: | Telefoon: |
| Huisarts: | Telefoon: |
| Medebehandelaar: | Telefoon: |
| Verzekering: | Inschrijfnummer: |
| Indien u niet werd verwezen, hoe bent u dan bij deze Praktijk terechtgekomen? |
| Bent u wel eens in een ziekenhuis of instelling opgenomen geweest? |
| Gebruikt u medicijnen, drugs en/of genotmiddelen? |
| Heeft u contact met andere hulpverleners (gehad)? Zo ja, met wie en wanneer en met welk resultaat? |

|  |  |
| --- | --- |
| Gaat u er mee akkoord dat ik uw huisarts op de hoogte houd? | Ja Nee |
| Gaat u er mee akkoord dat ik overleg pleeg met uw verwijzer of medebehandelaar? | Ja Nee |
| Hebt u kennis genomen van en gaat u akkoord met de zaken die vermeld staan in de Praktijkinformatie? Incl. de Privacyverklaring? | Ja Nee |

Datum: Naam en Handtekening cliënt:

Ik verklaar dat ik als therapeut mij zal houden aan de gemaakte afspraken.

Datum: Naam en Handtekening therapeut: