# 

# 1. Algemene gegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Datum van invullen |  |
| Voorletters en naam |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum + -plaats |  |
| Adres |  |
| Postcode + woonplaats |  |
| Is dit ook het factuuradres? | Ja / Nee |
| Telefoon privé |  |
| Telefoon mobiel |  |
| E-mail |  |
| BSN |  |
| Zorgverzekeraar |  |
| Polis nummer verzekering |  |

2**. Hoe ben je met mij in contact gekomen?**

|  |  |
| --- | --- |
| Via een bekende |  |
| Via zoekmachine zoals Google, welke zoekterm? |  |
| Via LinkedIn |  |
| Anders, namelijk |  |

3. **Doorverwijzing professional**

|  |  |
| --- | --- |
| Wel/ geen doorverwijzing |  |
| Welke professional? |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Straat |  |
| Postcode/ plaatsnaam |  |
| Geef je mij toestemming om contact op te nemen met de doorverwijzer? |  |

4. **Welke hulpvraag heb je?**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is de reden dat je mij benadert voor een begeleidingstraject? |  |
| Sinds wanneer heb je de behoefte hier hulp bij te vragen? |  |
| Wat heb je tot nu toe zelf gedaan? |  |
| Wat is de aanleiding dat je juist nu, op dit moment, contact met mij opneemt? |  |
| Heb je contact gehad met je huisarts of een andere hulpverlener over deze hulpvraag?  Zo ja, is er een diagnose gesteld? Welke? | Ja / Nee  Diagnose: |
| Ben je momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling. Welk doel heeft deze behandeling? | Ja / Nee Doel: |
| Gebruik je op dit moment medicijnen?  Zo ja, welke en door wie zijn deze voorgeschreven? | Ja / Nee |

### 4. Doelen

|  |  |
| --- | --- |
| Wat wil je graag bereiken met dit begeleidingstraject? Formuleer je doelen concreet en in positieve bewoording (dus: wat je wel wilt in plaats van wat je niet meer wilt) |  |
| Welk effect zal het halen van deze doelen hebben op je leven? |  |
| Zijn er gebeurtenissen in je leven, vroeger of nu, die voor mij belangrijk zijn om te weten gezien je hulpvraag en doelen? |  |
| Opmerkingen / overige relevante informatie |  |

5. **Huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Telefoonnummer |  |
| Email |  |
| Straat |  |
| Postcode/ plaats |  |
| Geef je mij toestemming om contact op te nemen met de huisarts? |  |
|  |  |