**Aanmeldformulier**

# Persoonsgegevens cliënt

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Voornaam:  |  |
| Geslacht:  | man |[ ]  vrouw |[ ]   |
| Geboortedatum:  | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| BSN (Burger Service Nummer)  |  |
| Legitimatie (nummer van paspoort, rijbewijs , id kaart) |  |
| Voor- en achternaam partner:  |  |
| Adres: |  | Nr: |  |
| Postcode en woonplaats:  |  |
| E-mail adres:  |  |
| Telefoonnummer GSM |  |
| Verzekeringsmaatschappij: |  |
| polisnummer: |  |
| naam van polis: |  |
| Geboorteland client\*  |  |
| Geboorteland vader\*:  |  |
| Geboorteland moeder\*:  |  |

# Gegevens huisarts

|  |  |
| --- | --- |
| Naam huisarts |  |
| Adres huisarts:  |  |
| Postcode en woonplaats huisarts:  |  |
| Tel.nr. huisarts:  |  |
| AGB code verwijzer (indien bekend): |  |

# Leefsituatie van client\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alleenstaand |  | [ ]  |
| Zonder partner, met kinderen (als ouder in een één ouder gezin) |  | [ ]  |
| Met partner, zonder kinderen  |  | [ ]  |
| Met partner, met kinderen  |  | [ ]  |
| Als kind in een één oudergezin |  | [ ]  |
| Als kind in een meer oudergezin |  | [ ]  |
| Anders, t.w. |  |  | [ ]  |

\* aanvullende informatie voor verzekeraar

# Klachten

|  |
| --- |
| 1.Wat is uw klacht/probleem? |
|  |
| 2.Hoe ernstig beoordeelt u zelf het probleem op dit moment? |
| [ ]  zeer ernstig [ ]  ernstig [ ]  matig [ ]  licht |

|  |
| --- |
| 3.Hoe lang heeft u uw huidige probleem? |
|  |

|  |
| --- |
| 4. Waarom meldt u zich *op dit moment* aan? |
|  |

**Eerdere behandelingen**

|  |
| --- |
| Bent u in het verleden ooit in behandeling geweest voor psychische problemen? (Dit kan zijn: huisarts, specialist, alternatieve genezer, acupuncturist, fysiotherapeut, handoplegger, etc.) |
| ja [ ]   | nee [ ]  |
| Zo ja, waar vond de behandeling plaats en door wie werd u behandeld? |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Klachten/Problemen | Instelling | Periode van behandeling | Opname |
|  |  |  | ja [ ] nee [ ]  |
|  |  |  | ja [ ] nee [ ]  |
|  |  |  | ja [ ] nee [ ]  |

|  |
| --- |
| **Toestemming contact met huisarts en/of voorgaande behandelaar:**  |
| ja [ ]   | nee [ ]  |
| **Hierbij geef ik toestemming dat mijn gegevens worden gebruikt voor verwerking van GGZ-registratie en -facturatie door geautoriseerde partijen (conform AVG – algemene verordening gegevensverwerking vanaf 25/5/2018).** |

|  |
| --- |
| **Heeft u verder nog opmerkingen?** |
|  |

**Dank voor het invullen. Graag terugsturen per post of per mail.**

Post: Mail:

Praktijk Parker Brady praktijkparkerbrady@proton.me

Biltstraat 190

3572 BR Utrecht