**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