

Intakeformulier

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Status: _____

Mobiel: 06 - _____

Beroep: _____

Geboortedatum: - -

Naam huisarts: _____

Wat is uw hulpvraag: _____

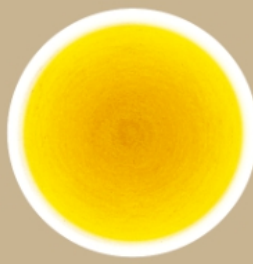
Hebben er zich bijzondere gebeurtenissen voorgedaan?

Zo ja, wat en wanneer was dat:

Hoe zou u zich omschrijven:

Wat zijn uw voornaamste klachten:

Wat zijn uw hulpbronnen:



Vind u dat u veranderd bent?

Zo ja, wat zijn de voornaamste veranderingen die u aan uzelf bemerkt:

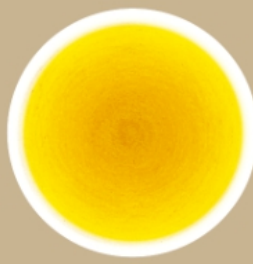
Hoe gaat het op school of werk (indien van toepassing):

Wat verwacht u van de begeleiding:

Heeft u eerder hulp gezocht en zo ja, bij wie:

Wat is het resultaat van deze behandeling tot nu toe:

Verdere opmerkingen die van belang kunnen zijn voor de behandeling:



Geeft u toestemming om, indien nodig, informatie in te winnen bij de huisarts en/of verwijzer

Ja Nee

Geeft u toestemming om, indien nodig, na afloop van de behandeling de huisarts en/of verwijzer te informeren:

Ja Nee

Gaat u akkoord met de tariefstelling van € 60,- per sessie én met betaling binnen 2 weken na factuurdatum.

Ja Nee

Gaat u akkoord met de algemene werkwijze, registratie van dossier(plicht), de verplichtingen als gevolg van de WGBO, de Wkkgz en de beroepscode - vermeldt in het register verwerkingsactiviteiten en privacy policy (documenten inzichtelijk op de website).

Ja Nee

Gegevens over degene die behandeld gaat worden:

Naam: _____

Geboortedatum: ____-____-____

Voor akkoord:

Datum: ____-____-____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Naam beeldend therapeute: Melanie de Moor

Handtekening beeldend therapeute: _____