



**BASISGEGEVENS CLIËNT**

Datum van aanmelding:

Achternaam:

Meisjesnaam (indien gehuwd):

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Burgerservicenummer:

Adres:

Postcode + Woonplaats:

Telefoon thuis:

Telefoon mobiel:

E-mailadres privé:

Ziektekostenverzekeraar:

Burgerlijke staat (maak keuze):  Alleenstaand  
 Samenwonend  
 Gehuwd

Naam huisarts:

Praktijkadres huisarts:

## AANMELDING

aanmelding op eigen initiatief

aanmelding na verwijzing door:

huisarts

psycholoog

psychotherapeut

psychiater

anders, nl

---

Naam verwijzer:

---

Adres verwijzer:

---

Postcode en woonplaats:

---

Telefoon verwijzer:

---

Bent u eerder onder behandeling geweest van

psycholoog

psychotherapeut

psychiater

---

Naam behandelaar:

---

Welke klachten had u toen?

---

Jaar en duur van de behandeling:

---

Bent u **momenteel** onder behandeling van:

psycholoog

psychotherapeut

psychiater

arts/specialist

fysiotherapeut

alternatieve hulpverlener

---

Naam behandelaar:

---

Voor welke klachten bent u onder behandeling?

---

Gebruikt u momenteel medicijnen i.v.m. aangemelde klachten?  ja  nee

Naam medicijn:

Dosis:

Sinds:

Wie heeft de medicatie voorgeschreven?

## KLACHTEN

Wilt u omschrijven waar u op dit moment last van heeft of wat niet goed gaat in uw leven?

Sinds hoe lang heeft u hier last van?

## HULPVRAAG + DOELEN

Wat wilt u dat er verandert in uw leven en in uw doen en laten?

Wat zal er anders lopen in uw leven als het lukt om deze verandering te laten slagen?

Hoe groot schat u de kans, dat het u gaat lukken om deze verandering te realiseren?

Wat voor soort hulp heeft u hierbij nodig?

## INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN

Hebben er gebeurtenissen plaatsgevonden in uw leven die u als ingrijpend hebt ervaren?  ja  nee

Wanneer dit het geval is, wilt u dit toelichten?

---

---

---

Heeft u op een of andere manier nog last van gevoelens/emoties die samenhangen met deze gebeurtenissen?

---

---

---

## ALCOHOL EN DRUGS

Gebruikt u alcohol?  ja  nee

Zo ja, hoeveel glazen per dag/week?

---

Gebruikt u drugs?  ja  nee

---

Zo ja, hoe vaak?

---

Zo ja, welke?

---

Heeft het gebruik van bovenstaande middelen u ooit in problemen gebracht?  ja  nee

---

Zo ja, wilt u dit toelichten?

---

---

---

## GEZONDHEID

Zijn er op dit moment klachten op het gebied van uw gezondheid?  ja  nee

---

Zo ja, wat zijn deze?

---

---

---

Zijn deze klachten van invloed op uw welbevinden?

---

Zo ja, op welke wijze?

---

Heeft u in het verleden klachten gehad die nog van invloed zijn op uw dagelijkse doen en laten?

ja  nee

---

Zo ja, op welke wijze?

---

## OPLEIDING /SCHOOL

Wat is uw middelbare schoolopleiding?

---

Heeft u deze voltooid?  ja  nee

---

Heeft u na uw middelbare schoolopleiding vervolgopleidingen gevolgd?  ja  nee

---

Zo ja, welke en in welk jaar?

---

Bent u tevreden over uw opleiding?  ja  nee

---

Hoe kijkt u terug op uw schooltijd?

---

## WERK

Op welke leeftijd bent u gaan werken?

---

Welke beroepen heeft u sindsdien uitgeoefend en hoe lang?

---

Wat is de aard van uw huidige werk?

---

---

Bent u tevreden over het werk en de werksfeer?  ja  nee

Zo niet, wat zijn de problemen?

---

---

Wat zou u willen veranderen op werkgebied?

---

---

## PARTNER / SOCIALE CONTACTEN

Heeft u op dit moment een partner?  ja  nee

---

Hoe lang heeft u deze relatie?

---

Bent u tevreden over deze relatie?  ja  nee

---

Zo niet, wat zou u willen veranderen in de relatie?

---

---

Ervaat u problemen in de relatie met uw partner?  ja  nee

---

Zo ja, welke problemen zijn dit?

---

---

Als uw partner werkt, wat is zijn / haar beroep?

---

Heeft uw partner persoonlijke problemen?  ja  nee

---

Hoe staat uw partner t.a.v uw beslissing om hulp te vragen voor uw problemen?

---

---

---

Vindt u het belangrijk, dat uw partner betrokken wordt bij de behandeling?  ja  nee

Wilt u toelichten waarom wel/niet?

---

---

---

Op welke manier besteedt u tijd en aandacht aan sociale contacten?

---

---

---

Hoe belangrijk zijn deze contacten voor u? (Schaal 1 tot 10)

---

Bent u tevreden over uw sociale leven?  ja  nee

---

Zo niet, wat zou u anders willen?

---

---

---

Doet u aan sport? Zo ja, welke?

---

Heeft u hobby's? Zo ja, welke?

---

### Samenstelling eigen gezin

Partner	Naam	Leeftijd	Eigen/pleeg/stiefkind	Thuiswonend/uitwonend
Kind 1				
Kind 2				
Kind 3				
Kind 4				
Kind 5				
Kind 6				

### Samenstelling gezin van oorsprong

		Naam	Leeftijd	Jaartal van overlijden	Gehuwd/ gescheiden	Jaar scheiding
Uzelf aankruisen ↓	Vader					
	Stief/pleegvader					
	Moeder					
	Stief/pleegmoeder					
<input type="checkbox"/>	Kind 1					
<input type="checkbox"/>	Kind 2					
<input type="checkbox"/>	Kind 3					
<input type="checkbox"/>	Kind 4					
<input type="checkbox"/>	Kind 5					
<input type="checkbox"/>	Kind 6					
<input type="checkbox"/>	Kind 7					
<input type="checkbox"/>	Kind 8					