



DATUM VAN AANMELDING: / /

|  |
| --- |
| ALGEMENE GEGEVENS |
| CONTACTGEGEVENS RECHTHEBBENDE |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| GEBOORTEDATUM |  | RIJKSREGISTERNUMMER |  | RVT | Ja / Nee |
| VERTROUWENSPERSOON/CONTACTPERSOON/VOOGD |  |
|  CONTACTGEGEVENS BIJKOMENDE CLIËNT |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| VERTROUWENSPERSOON/CONTACTPERSOON/VOOGD |  |

|  |
| --- |
|  CONTACTGEGEVENS BIJKOMENDE CLIËNT |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| VERTROUWENSPERSOON/CONTACTPERSOON/VOOGD |  |

|  |
| --- |
|  CONTACTGEGEVENS BIJKOMENDE CLIËNT |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| VERTROUWENSPERSOON/CONTACTPERSOON/VOOGD |  |

|  |
| --- |
|  CONTACTGEGEVENS BIJKOMENDE CLIËNT |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| GEBOORTEDATUM |  |
| VERTROUWENSPERSOON/CONTACTPERSOON/VOOGD |  |

|  |
| --- |
| CONTACTGEGEVENS KLINISCH PSYCHOLOOG/ORTHOPEDAGOOG |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| ADRES |  | TEL |  |
| RIZIV NR |  | EMAIL |  |

|  |
| --- |
| PERSONALIA ARTS |
| NAAM |  | VOORNAAM |  |
| ADRES |  | TEL |  |
| RIZIV NR |  | VOORKEUR CONTACTWIJZE |  |
| TELEFONISCH BESCHIKBARE MOMENTEN |  |
| OPMERKINGEN |  |

ANDERE GEGEVENS OF OPMERKINGEN:

TOESTEMMING

Ik wens dat de (huis)arts WEL/NIET geïnformeerd wordt betreffende de psychologische zorg.

Ik geef mijn psycholoog hierbij toestemming tot uitwisseling van informatie in vorm van\*

 een verslag na het intakegesprek en/of na afronden met\*\*……………………………………………………………………

 het delen van het bilan met\*\*……………………………………………………………………………….………………………………..

 het bespreken van mijn behandeling met \*\*……………………………………………………………………………………….…

HANDTEKENING DATUM

\* aanvinken wat van toepassing is

\*\* persoon waarmee u een therapeutische relatie heeft

BILAN

KLACHTEN (WAAR HEB IK LAST VAN?)

HULPVRAAG (WAAR WIL IK WIL HULP BIJ?)

VOORGESTELDE HULP

* ELP
* Ambulante gespecialiseerde hulp
* Andere hulp aangewezen

Omschrijf kort (groep/individueel/soort hulp/doelen)

AANVULLINGEN ARTS :

Indien van toepassing kan de arts hier relevante info delen, met toestemming van de patiënt :

AFRONDING

* Psychologische hulp werd afgerond
* Verwijzing van ELP naar ambulant gespecialiseerde hulp
* Verwijzing naar andere hulp : Omschrijf kort :