



Intakeformulier volwassenen

Praktijk Tranceforma | www.tranceforma.nl

Persoonlijke gegevens			
Voornaam:	Voorletters:	Achternaam:	m/v
Adres:		Postcode/plaats:	
E-mailadres:	Geb. datum:	Leeftijd:	
Tel. thuis:		Mobiel:	
Beroep:	Werk: nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> u.p.w.:	Ziektewet nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
School/studie:		Werkgever:	

Hulpvraag	
Wat is uw klacht?	
Wat is volgens u de oorzaak van uw klacht?	Sinds wanneer bestaat uw klacht?
Wanneer heeft u er geen/minder last van?	Wanneer heeft u er meer last van?
Wat is het gewenste doel van de therapie?	

Gezinssituatie nu	
Alleenstaand <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> LAT <input type="checkbox"/> Weduwe/weduwnaar <input type="checkbox"/>	
Heeft u kinderen? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Zijn uw kinderen van uw huidige partner? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
1) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	3) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
2) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	4) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Naam partner: jaar	Werkt uw partner? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Beroep:	
Gezinssituatie in uw jeugd	
<u>Leeft uw vader nog?</u> Ja, leeftijd: Nee, overleden in: Oorzaak:	<u>Leeft uw moeder nog?</u> Ja, leeftijd: Nee, overleden in: Oorzaak:
Hoe is/was de band met vader?	Hoe is/was de band met moeder?
Heeft u broers/zussen? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
1) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	3) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
2) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	4) jaar contact? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Hoe zou u uw jeugd omschrijven? Welke rol had u als kind in het gezin?	
Heeft u trauma('s) meegemaakt? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <u>Toelichting:</u>	

Gezondheid			
Drugs : nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wat:	Hoe vaak/veel:	p.w.
Alcohol: nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wat:	Hoe vaak/veel:	p.w.
Heeft u last van één van de volgende aandoeningen?			
Hartproblemen	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Bloeddruk (te hoge/te lage)	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Epilepsie	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Diabetes	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Somberheid/depressie	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Psychoses/wanen	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Angst/paniekaanvallen/hyperventilatie	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Anders:	
Gehoorproblemen	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
Gebruikt u medicatie? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Namelijk:			

Huisarts	Specialist (indien van toepassing)
Naam:	Naam:
Adres:	Adres:
Postcode/plaats:	Postcode/plaats:
Telefoon:	Telefoon:
Komt u op doorverwijzing? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Komt u op doorverwijzing? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Hebt u contact met de praktijkondersteuner v/d huisarts? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> met:	Bent u nu of in de afgelopen 3 jaar onder behandeling geweest? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	Bent u momenteel onder behandeling? nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Hoe heeft u mij gevonden?	
<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> op doorverwijzing <input type="checkbox"/> op aanbeveling <input type="checkbox"/> anders:
Heeft u ervaring met: hypnotherapie nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	EMDR nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Zijn er verder nog zaken die u van belang vindt te melden of nader toe te lichten?	
Naam:	Handtekening*:
Datum:	

* Ik ga akkoord met de behandelwijze van Praktijk Tranceforma. Ik verklaar de bovenstaande vragen naar waarheid te hebben ingevuld en ben me ervan bewust dat het verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie van invloed kan zijn op het resultaat van de therapie.

UW PRIVACY (Algemene Verordening Gegevensbescherming, AVG)

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelende therapeut, een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO.

Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Uw privacy wordt gewaarborgd. Dit betekent onder meer:

- zorgvuldigheid in het omgaan met uw persoonlijke en medische gegevens
- dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

- om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming
- voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid
- voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing
- een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur, een factuur kan opstellen

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 15 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kunt declareren bij uw zorgverzekeraar:

- uw naam, adres en woonplaats
- uw geboortedatum
- de datum van de behandeling
- een korte omschrijving van de behandeling, zoals bijvoorbeeld 'behandeling natuurgeneeskunde', of 'psychosociaal consult'
- de kosten van het consult

