

## AANMELDINGSFORMULIER CLIËNTEN

Persoonlijke gegevens	
Naam	
Roepnaam	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Email adres	
Identificatienummer	Rijbewijs / Paspoort / ID kaart
Burgerservicenummer (BSN)	

Huisarts of verwijzer	
Naam	
Naam Praktijk of instelling	
Plaats	
AGB code huisarts of verwijzer	

Ziektekostenverzekering	
Naam	
Datum start verzekering	
Polisnummer	
Polisvorm	Natura / Restitutie

Datum

Handtekening

Naam

Deze aanmelding graag opsturen naar:

Jeroen Bakker  
Straalmanstraat 24  
6521 JM Nijmegen

Of mailen naar [jaj.bakker@planet.nl](mailto:jaj.bakker@planet.nl)

BIG-register: 8905 0067 825 AGB-code: 9400 2750 'Privacystatement' zie website: [www.jeroenbakker.info](http://www.jeroenbakker.info)

## ALGEMENE INTAKEGEGEVENS CLIËNTEN

Huidige gezinssamenstelling	
	<input type="checkbox"/> Alleenstaand
	<input type="checkbox"/> Gehuwd/samenwonend, naam partner:
	<input type="checkbox"/> Gescheiden
	<input type="checkbox"/> Weduwe / weduwnaar
Kind(eren)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Naam en leeftijd kind(eren)	

Opleiding	
Lagere school	<input type="checkbox"/>
LBO	<input type="checkbox"/>
MBO	<input type="checkbox"/>
HBO	<input type="checkbox"/>
WO	<input type="checkbox"/>
Huidige opleiding?	<input type="checkbox"/>

Werk en inkomen	
Beroep	
Huidige functie	
Huidige werkplek	
Bron van inkomsten	
Ziekte wet	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds
Anders	

Gezin van herkomst		
Gezinsleden	Leeftijd	Opleiding, beroep
Mijn moeder		
Mijn vader		
Broer / zus		
Broer / zus		
Broer / zus		
Broer / zus		
Broer / zus		

<b>Gescheiden ouders</b>	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, ik was toen      jaar oud
--------------------------	------------------------------	--

Sociale contacten	
Geen vrienden	
1-3 vrienden	
3-6 vrienden	
Meer dan 6	

Vrije tijd, ontspanning, hobby's

Levensovertuiging

Huidige medicatiegebruik		
Middel	Dosering	Sinds

Is verslaving(-gevoeligheid) voor jou of je omgeving aanleiding tot zorg?			
Middel / Activiteit	Ja / Nee	Hoeveel / Hoe vaak?	Sinds
Alcohol			
Drugs			
Eten			
Tabak			
Gokken			
Internet			
Gamen			
Porno			
Anders,			

Eerdere hulpverlening		
Bij wie	Instelling, organisatie	Jaar

Welke klachten of problemen uit het volgende rijtje zijn op jou van toepassing? Meerdere keuzes mogelijk.
<input type="checkbox"/> Problemen binnen de vaste relatie?
<input type="checkbox"/> Problemen in relatie tot de kinderen?
<input type="checkbox"/> Problemen in relatie tot andere sociale contacten?
<input type="checkbox"/> Problemen op het werk of met de studie?
<input type="checkbox"/> Somberheid, uitzichtloosheid, lusteloosheid, depressieve gevoelens
<input type="checkbox"/> Agressie, kwaadheid, ruzie maken
<input type="checkbox"/> Overspannenheid, burn-out, chronische vermoeidheid
<input type="checkbox"/> Lichamelijke spanningen, pijn, hyperventilatie
<input type="checkbox"/> Onzekerheid, minderwaardigheid, lage zelfwaardering
<input type="checkbox"/> Dwangmatige gedachten of handelingen
<input type="checkbox"/> Angsten, fobieën, paniekaanvallen
<input type="checkbox"/> Problemen tgv rouw, scheiding, ingrijpende gebeurtenissen
<input type="checkbox"/> Seksuele problemen
<input type="checkbox"/> Seksueel of lichamelijk misbruik
<input type="checkbox"/> Slaapproblemen
<input type="checkbox"/> Problemen met fantasie, echtheid, eigenheid
<input type="checkbox"/> Gedachten aan suïcide
<input type="checkbox"/> Eetproblemen
<input type="checkbox"/> Gedragsproblemen zoals diefstal, bedrog, wetsovertredingen
<input type="checkbox"/> Anders

Lichamelijke klachten

Beschrijf hieronder de aanleiding voor je aanmelding

**Wat wil je veranderen of bereiken?**


**Benoem enkele persoonlijke kwaliteiten**


**Waar haal jij kracht uit?**


**Op welke levensgebieden gaat het goed met je?**


**Toestemmingsverklaring**

Hierbij geef ik **WEL /GEEN** toestemming om mijn huisarts te informeren over de aanmelding, het verloop en het resultaat van de behandeling.

Datum:

Naam:

Handtekening: