

AANMELDINGSFORMULIER

A.U.B. ingevuld opsturen naar: PPC Oosteinde, Dokter Larijweg 110, 7961 NR Ruinerwold

Persoonlijke gegevens		
Naam	Voorletters:	
Roepnaam		
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum		
Adres		
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoon - privé	<input type="checkbox"/> vast	<input type="checkbox"/> mobiel
- werk	<input type="checkbox"/> vast	<input type="checkbox"/> mobiel
E-mail adres		
Identificatienummer	<input type="checkbox"/> BSN	<input type="checkbox"/> Rijbewijs/Paspoort
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Alleenstaand	<input type="checkbox"/> Gehuwd of samenwonend
Naam partner:		
	<input type="checkbox"/> Gescheiden	<input type="checkbox"/> Weduwe of weduwnaar
Kinderen		
	<input type="checkbox"/> Nee	
	<input type="checkbox"/> Ja, aantal:	Leeftijd:

Huisarts		
Naam		
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoon		
Verwijzer (geen huisarts)		
Naam		
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoon		
Zorgverzekeraar		
Naam		
UZOVl-code		
Datum start verzekering		
Polisnummer		
Polisvorm	<input type="checkbox"/> Natura	<input type="checkbox"/> Restitutie
Basisverzekering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
<i>Indien de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar afgesloten is:</i>		
Naam		
Polisnummer		





Welke Klachten/problemen uit het volgende rijtje heeft u? Meerdere keuzes mogelijk	
<input type="checkbox"/>	Problemen in de vaste relatie
<input type="checkbox"/>	Problemen in het gezin
<input type="checkbox"/>	Problemen met het opvoeden van kinderen
<input type="checkbox"/>	Problemen in contact met anderen
<input type="checkbox"/>	Problemen op het werk of in de studie
<input type="checkbox"/>	Problemen als somberheid, uitzichtloosheid, lusteloosheid, depressieve gevoelens
<input type="checkbox"/>	Problemen als overspannenheid, burn-out, chronische vermoeidheid
<input type="checkbox"/>	Problemen als agressie, kwaadheid, ruzie maken
<input type="checkbox"/>	Problemen als lichamelijke spanningen en pijn, hyperventilatie
<input type="checkbox"/>	Problemen als onzekerheid, minderwaardigheid, lage zelfwaardering
<input type="checkbox"/>	Problemen als dwangmatige gedachten of handelingen
<input type="checkbox"/>	Problemen als angsten, fobieën, paniekaanvallen
<input type="checkbox"/>	Problemen t.g.v. rouw, scheiding, ingrijpende gebeurtenis(sen)
<input type="checkbox"/>	Seksuele problemen
<input type="checkbox"/>	Seksueel of lichamelijk misbruik
<input type="checkbox"/>	Slaapproblemen
<input type="checkbox"/>	Problemen met fantasie, werkelijkheid, eigenheid
<input type="checkbox"/>	Gedachten aan zelfmoord
<input type="checkbox"/>	Pogingen tot zelfmoord
<input type="checkbox"/>	Eetproblemen
<input type="checkbox"/>	Problemen in gedrag als diefstal, bedrog, wetsovertredingen
<input type="checkbox"/>	Andere problemen, namelijk:

Lichamelijke klachten	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:

Wat wilt u veranderen of bereiken?

Verklaring
Hierbij geef ik toestemming aan de behandelaar om mijn huisarts te informeren over de aanmelding, het verloop en het resultaat van de behandeling.
Plaats:
Datum:
Naam:
Handtekening: