



praktijk voor lichaamsgerichte therapie

Bram Boer James Wattstraat.15 2809 PA Gouda 06 245 91019

Intakeformulier

Datum Intake _____

Naam Cliënt _____

Adres _____

Postcode/Plaats _____

Telefoon _____ Mobiel _____

E-mail _____

M/V _____

Geboortedatum _____

Gewicht _____

Lengte _____

BSN-nummer* _____

Zorgverzekeraar _____ Verzekeringsnr. _____

* *Burgerservice-nummer (vroeger: sofi-nummer). Zie paspoort, ID-kaart of rijbewijs.*

Ik neem de volledige verantwoordelijkheid voor mijn eigen lichaam, gezondheid en welzijn en heb alles in dit formulier naar waarheid ingevuld.

Voor niet nagekomen afspraken en voor afspraken afgezegd minder dan 48 uur van tevoren –om welke reden dan ook- ben ik het volledige tarief verschuldigd.

Van mijn sessies maak ik na afloop een verslag van ongeveer een halve A4.
Ik zorg ervoor dat Bram Boer dit verslagje ontvangt *binnen vier dagen* na de sessie.

Het is mij duidelijk

- dat Bram Boer vertrouwelijk omgaat met mijn gegevens en deze volgens de gedragscode van zijn beroepsvereniging vijftien jaar lang veilig bewaard.
- dat Bram Boer mij zo nodig kan informeren over de procedure voor het indienen van klachten over hem of zijn professioneel handelen. Op aanvraag is een folder daarover voorhanden.

Datum _____

Plaats _____

Handtekening _____

Intakevragen

Wat is je problematiek en/of je hulpvraag?

Wat veroorzaakt volgens jou deze klachten? Wat is de achtergrond van je hulpvraag?

Wat zijn je behoeften en wensen t.a.v. je functioneren voor de toekomst? Met welk doel wil je therapie?

Beschrijf je persoonlijkheid eens?

Wat zijn jouw (energie-)bronnen? Wat houdt je -ondanks je problematiek- op de been?

Gezin/woonomstandigheden

Beschrijf eens kort de samenstelling van het gezin waarin je opgroeide:

Beschrijf eens kort de samenstelling van het gezin waarvan je nu deel uitmaakt;
of als je alleen woont: je woonsituatie?

Medische vragen

Heb je nu of onlangs last (gehad) van:	Ja	Nee	Behandeling met/door:
Infecties (hoge koorts)			
Besmettelijke huidziekten			
Ontsteking van bloedvaten/lymfeklieren			
Maag- of darmklachten			
Nier- of blaas aandoeningen			
Klachten aan hart, longen, lever of hersenen			
Tumoren			
Acute bloedingen			
Neurologische aandoeningen			
Klachten m.b.t. de zintuigen			
Klachten m.b.t. botten of gewrichten			
Klachten m.b.t. nek of rug			
Geslachtsziekte			
Sterke gewichtstoename of -afname			
Hyperventilatie			
Overspannenheid			
Fobieën			
Seksuele problemen			
Depressie			
Psychose			

Voor vrouwen:	Ja	Nee	Bijzonderheden
Ben je zwanger ?			
Bent je onlangs bevallen?			

Werd je onlangs of word je nu behandeld door/in:	Ja	Nee	Datum en klacht
Huisarts			
Specialist			
Fysiotherapeut/Manueel therapeut/Cesar/Mensendieck/etc.			
Psychiater			
Therapeut/coach			
Maatschappelijk werk			
Alternatief genezer			
Ziekenhuis			
Psychiatrische inrichting			
Ander soort verpleeginrichting			

Gebruik je een van de volgende middelen:	Ja	Nee	Omschrijving
Sigaretten/Tabak			
Drugs			
Medicijnen			
Alcohol			

Hoe omschrijf je zelf je gezondheid?

Ruimte voor eventuele eigen aanvullingen

Tenslotte

Wat vond je van het intakegesprek, de opstelling van de therapeut en van de sessieruimte?

Kun je aangeven hoe je met mij of met mijn (web-)adres in aanraking bent gekomen?

Dank je wel voor het zorgvuldige invullen van dit intakeformulier.