# Persoonsgegevens:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Adres: | <klik hier en typ de tekst> |
| Postcode & woonplaats: | <klik hier en typ de tekst> |
| Telefoonnummer: | <klik hier en typ de tekst> |
| E-mailadres: | <klik hier en typ de tekst> |
| Geboortedatum: | <klik hier en typ de tekst> |
| BSN: | <klik hier en typ de tekst> |
| Zorgverzekeraar: | <klik hier en typ de tekst> |
| Relatienummer:  | <klik hier en typ de tekst> |

**Gegevens contactpersoon netwerk:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Telefoonnummer | <klik hier en typ de tekst> |
| E-mailadres: | <klik hier en typ de tekst> |
| Relatie tot de cliënt: | <klik hier en typ de tekst> |

# Gegevens betrokken hulpverlener/doorverwijzer:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Functie: | <klik hier en typ de tekst> |
| Hulpverleningsinstantie: | <klik hier en typ de tekst> |
| Contactgegevens:(mailadres, telefoonnummer) | <klik hier en typ de tekst> |
| Ik geef toestemming om contact op te nemen: | <klik hier en typ de tekst> |

# Algemeen:

|  |  |
| --- | --- |
| Beroep: Momenteel werkzaam?Hoeveel uur?Hoogste opleiding? | <klik hier en typ de tekst> |
| Hobby’s / sport:  | <klik hier en typ de tekst> |
| Lichamelijk klachten:Sinds wanneer?Hoe uit het zich? | <klik hier en typ de tekst> |
| Geestelijke klachten:Sinds wanneer?Hoe uit het zich?  | <klik hier en typ de tekst> |
| Is er een diagnose gesteld? Zo ja, welke? | <klik hier en typ de tekst> |
| Ben je op het moment zwanger?  | <klik hier en typ de tekst> |
| Heeft u epilepsy?  | <klik hier en typ de tekst> |
| Gebruikt u drugs of alcohol? Zo ja, hoe vaak? | <klik hier en typ de tekst> |
| Gebruikt u medicatie?Graag benoemen | <klik hier en typ de tekst> |
| Wat is de huidige gezinssamenstelling/ thuis situatie? | <klik hier en typ de tekst> |
| Bent u gezond? | <klik hier en typ de tekst> |
| Meerlingen in de familie? | <klik hier en typ de tekst> |
| Staan er grote gebeurtenissen op de planning? Vakantie, opleiding o.i.d.  | <klik hier en typ de tekst> |

Wij vragen u om kort antwoord te geven op onderstaande vragen. De EMDR-therapeut zal tijdens de intake dieper ingaan op de volgende vragen.

Wat is de hulpvraag?

<klik hier en typ de tekst>

Wat is de reden voor aanmelding EMDR?

<klik hier en typ de tekst>

Hoe loopt u in het dagelijkse leven aan tegen de problemen?

<klik hier en typ de tekst>

Is er al hulpverlening betrokken en waarvoor?

<klik hier en typ de tekst>

|  |
| --- |
| Bent u eerder behandeld voor dezelfde klachten? Zo ja, in welke vorm? |

<klik hier en typ de tekst>

De voorkeursdagen voor behandeling zijn?

<klik hier en typ de tekst>

Wat is de verwachting van de behandeling?

<klik hier en typ de tekst>

Heeft u andere belangrijke informatie voor de behandelaar?

<klik hier en typ de tekst>

Wij vragen u om belangrijke, aanvullende documenten mee te sturen. Graag hieronder vermelden welke documenten u meestuurt:

 <klik hier en typ de tekst>

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening/ Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hartelijk dank voor het invullen.**

**Mail dit formulier naar** **intakes@bzmn.nl**

**Onze EMDR-therapeut neemt zo snel mogelijk contact met u op.**