

# Praktijk voor kinder & jeugdtherapie / gestalttherapie / psychotherapie Hoogewerf

## Intakeformulier

### A1. Personalia ouders/verzorgers/voogd

Voorletters en achternaam: \_\_\_\_\_  
Roepnaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
Vaste telefoon: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_  
Beroep: \_\_\_\_\_  
Gezinssituatie (namen/ leeftijden kinderen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### A2. Personalia ouders/verzorgers/voogd

Voorletters en achternaam: \_\_\_\_\_  
Roepnaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
Vaste telefoon: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_  
Beroep: \_\_\_\_\_  
Gezinssituatie (namen/ leeftijden kinderen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### A3. Personalia kind

Voorletters en achternaam: \_\_\_\_\_  
Roepnaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

## B. Gegevens huisarts

Huisarts: \_\_\_\_\_ te: \_\_\_\_\_  
Telefoon huisarts: \_\_\_\_\_

Geeft u toestemming voor contact met uw huisarts, andere behandelaars of intercollegiaal overleg (supervisie/intervisie)?

☐ Nee ☐ Ja

Geeft u toestemming voor het filmen van de sessies voor eigen reflectie en/of intercollegiaal overleg (supervisie/intervisie). De beelden worden bij verzoek en ook bij het beëindigen van de therapie direct verwijderd.

☐ Nee ☐ Ja

## C. Aard van de problematiek

1. Hoe omschrijft u het probleem waarvoor uw kind in therapie komt?

2. Wat wilt u bereiken met de therapie?

3. Is uw kind al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?

☐ Nee ☐ Ja, bij: \_\_\_\_\_ op (datum): \_\_\_\_\_

4. Wat was het resultaat en de duur van die behandeling?

#### D. Algemene gezondheidsinformatie

1. Heeft u kind fysieke of psychische klachten?

☐ Nee ☐ Ja, nl.: \_\_\_\_\_

2. Is u kind momenteel onder medische, psychologische en/of psychiatrische behandeling?

☐ Nee ☐ Ja, bij: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

3. Heeft u ook andere hulpverleners geraadpleegd?

☐ Nee ☐ Ja, nl.: \_\_\_\_\_

4. Gebruikt u kind medicijnen?

☐ Nee ☐ Ja, nl.: \_\_\_\_\_

Voorgeschreven door: ☐ Huisarts ☐ Specialist ☐ Psychiater

5. Eventueel nadere informatie i.v.m. de gezinssamenstelling (gescheiden, overleden partner, nieuwe partner en andere relevante informatie):

6. Andere informatie die van belang kan zijn voor de therapie:

Schade door niet vermelden van relevante informatie is voor verantwoordelijkheid van cliënt.

#### E. Voorwaarden

1. Kindertherapie en jeugdtherapie kost overdag € 90,- per sessie van 60 minuten . 's Avonds en in het weekend zijn de kosten € 105,- per sessie van 60 minuten.
2. Betaling van consulten vindt contant of via de aanwezige pinautomaat plaats na ieder consult, tenzij anders is overeengekomen. Een afspraak minder dan 24 uur van tevoren afgezegd, moet worden betaald.
3. Bij non-betaling heeft de therapeut recht de behandeling eenzijdig op te schorten/ te beëindigen.
4. Hiermee verklaar ik op de hoogte te zijn van klachtenregeling (SCAG) en welke gegevens er worden gebruikt voor het aanleggen van een dossier zie <https://praktijkhoogewerf.nl/privacy/>
5. De factuur zal +/- 1x per maand verstuurd worden via de mail.
6. De ouders verklaren de informatie over de komende therapie voor hun kind te hebben gehoord en begrepen

Ouders/ verzorgers/ voogd verklaren door ondertekening dit intakeformulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld en akkoord te gaan met de inhoud ervan.

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening moeder/ verzorger/ voogd:

Handtekening vader/ verzorger/ voogd: