



Naam:

Datum:

Groep:

Datum:

Aard begeleiding: Psychosociale begeleiding

Behandelovereenkomst

- De cliënt heeft wel /geen* bezwaar als informatie vooraf bij de huisarts, specialist, of collega-hulpverlener wordt ingewonnen.

Naam, Adres, tel.nr.:

- De cliënt heeft wel/geen* bezwaar als gedurende de behandeling of achteraf gesprekken plaats vinden met de leerkracht van de school.

Naam en tel.nr.

- De cliënt heeft wel /geen* bezwaar als gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en/of collega-verwijzer.

Adres, tel.nr.:

- De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling volgens de richtlijnen van de NFG (maximaal € 80 per uur). Dit geldt voor het intakegesprek als de volgende behandelsessies. De prijzen die JIP hanteert staan op de site.
- Beide (gescheiden) ouders zijn verantwoordelijk voor de betaling van de sessies. Elke factuur wordt ter plekke per pin betaald.
- Wat de kinderen bij JIP vertellen, zal veilig zijn. Alleen de dingen die ouders, volgens JIP moeten weten, zullen verteld worden. Er zal niets achter de rug van de kinderen besproken worden.
- Tijdens de gesprekken zullen werkaantekeningen gemaakt worden. Deze worden digitaal vastgelegd. Er worden echter geen verslagen aangeleverd.
- Bij Bureau JIP staat het kind centraal. Er zal in de eerste plaats gekeken worden, wat het kind nodig heeft.
- Naam en voornaam van kind:
- m / v
- Roepnaam kind:
- Geboortedatum kind:

- Geboorteplaats kind:
- Postcode, straat en woonplaats kind:
- Mailadres kind:
- Telefoon kind:
- BSN kind:
- Ziektekostenverzekering en nummer ziektekostenverzekering kind:
- Naam vader:
- Adres vader:
- Mailadres vader:
- Telefoon vader:
- Beroep vader:
- Naam moeder:
- Adres moeder:
- Mailadres moeder:
- Telefoon moeder:
- Beroep moeder:
- Burgerlijke staat ouders:

- Levensovertuiging:
- School:
- Klas/groep:
- Leerkracht:
- (Mail)adres school:

1. Waaruit bestaat de hulpvraag?

2. Indien er sprake is van een klacht, hoelang bestaat deze klacht?

3. Welke artsen heeft u geraadpleegd? (naam en specialisatie)

4. Indien bekend, wat is de diagnose van de huisarts/specialist?

5. Wat zijn de adviezen van uw huisarts/specialist?

6. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe?

7. Bent u/ is uw kind* momenteel onder medische/psychologische/psychiatrische behandeling?

Ja/nee*

8. Welke alternatieve/auditieve therapieën heeft u/uw kind *voor deze klachten naast de reguliere al gevolgd?

9. Heeft u voor uw kind PGB?

10. Gezinssamenstelling:

11. Wat voor akelige dingen heeft je kind, hebben jullie meegemaakt?

12. Andere opmerkingen/nadere informatie (eventueel onder vermelding van bijlagen):

13. Hoe kwam je bij JIP?

Naam hulpverlener:

Handtekening vader:

Handtekening moeder:

Handtekening kind/jongere

Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt c.q. ouder(s) en/of verzorgers.

Bij tijdige afzegging (24 uur van te voren), wordt de sessie niet in rekening gebracht.

Korteweegje 49
3247 BH Dirksland
tel.0623549707 of 0648734230
K.v.K.nr.: 24439229

Registratienr. NFG:
5705146501



Registratienr. SRBAG: 500820



www.bureau.jip.nl

info@bureaujip.nl

Rabobank: 138038317

BTW.nr.NL8196.17.167.B01