



PSYCHOLOGIE
P R A K T I J K
D E N B R O K

GEZONDHEIDSCENTRUM INGANG 15
LANDGOED ZONNESTRAAL
LOOSDRECHTSE BOS 15
1213 RH HILVERSUM
TEL 06 46 05 77 06
INFO@PRAKTIJKDENBROK.NL
WWW.PRAKTIJKDENBROK.NL

AANMELDINGSFORMULIER VOOR KINDEREN/JONGEREN TOT EN MET 17 JAAR

Datum van invullen:

Algemene gegevens van het kind/de jongere

Voorletters:	<input type="checkbox"/> jongen
Voornaam:	<input type="checkbox"/> meisje
Achternaam:	
Adres:	Postcode en woonplaats:
Telefoon vast:	Telefoon mobiel:
E-mail:	Burgerservicenummer (BSN):
Geboortedatum:	Nationaliteit:
Geboorteplaats:	Geboorteland:
School:	Groep:
Huisarts:	Telefoon huisarts:
Adres huisarts:	
Verzekering:	Polisnummer:
Paspoort/Identiteitsbewijs (meebrengen bij 1 ^e gesprek):	
Toelichting gezinssituatie/woonsituatie:	

Algemene gegevens van de ouder(s)/verzorger(s)**Vader**

Voor- en achternaam:	
Adres:	Postcode en woonplaats:
Telefoon vast:	Telefoon mobiel:
E-mail:	Burgerservicenummer (BSN):
Geboortedatum:	Nationaliteit:
Geboorteplaats:	Geboorteland:
Huisarts:	Telefoon huisarts:
Adres huisarts:	
Verzekering:	Polisnummer:
Huidige partner (indien anders dan moeder):	
Beroep:	Opleiding:
Burgerlijke staat: (kruis aan wat van toepassing is)	<input type="checkbox"/> gehuwd <input type="checkbox"/> ongehuwd <input type="checkbox"/> ongehuwd samenwonend <input type="checkbox"/> gescheiden <input type="checkbox"/> in scheiding <input type="checkbox"/> partner overleden d.d.:
Gezag t.o.v. het kind/de jongere: (kruis aan wat van toepassing is)	<input type="checkbox"/> gedeeld gezag <input type="checkbox"/> volledig gezag

Moeder

Voor- en achternaam:	
Adres:	Postcode en woonplaats:
Telefoon vast:	Telefoon mobiel:
E-mail:	Burgerservicenummer (BSN):
Geboortedatum:	Nationaliteit:
Geboorteplaats:	Geboorteland:
Huisarts:	Telefoon huisarts:
Adres huisarts:	
Verzekering:	Polisnummer:
Huidige partner (indien anders dan vader):	
Beroep:	Opleiding:
Burgerlijke staat: (kruis aan wat van toepassing is)	<input type="checkbox"/> gehuwd <input type="checkbox"/> ongehuwd <input type="checkbox"/> ongehuwd samenwonend <input type="checkbox"/> gescheiden <input type="checkbox"/> in scheiding <input type="checkbox"/> partner overleden d.d.:
Gezag t.o.v. het kind/de jongere: (kruis aan wat van toepassing is)	<input type="checkbox"/> gedeeld gezag <input type="checkbox"/> volledig gezag

Huidige gezinssamenstelling

Gegevens van de eventuele broers/zussen waarmee het kind/de jongere in huis woont.

Voor- en achternaam	Geboortedatum	School, groep, beroep	Bijzonderheden

Gegevens van eventuele broers/zussen die buitenshuis wonen.

Voor- en achternaam	Geboortedatum	School, groep, beroep	Bijzonderheden

(Gezins)voogd (indien van toepassing)

Voor- en achternaam:	
Instelling:	
Adres:	Postcode en woonplaats:
Telefoon vast:	Telefoon mobiel:
E-mail:	

Informatie aanmelding

Wat is de aanleiding/reden tot aanmelding?
--

Wat zijn de belangrijkste actuele klachten/problemen? Kunt u dit toelichten met een voorbeeld?

Heeft er eerder hulpverlening plaatsgevonden? Zo ja, wanneer, bij wie en wat was de reden? Wat was de voortgang en reden van afsluiten?

Welke wensen zijn er t.a.v. de behandeling en wat wordt er verwacht van de hulpverlener?

Zijn er andere zaken die belangrijk zijn om te noemen in het kader van de behandeling?

Gebruikt uw kind medicijnen? Zo ja, naam medicijn, hoeveelheid per dag vermelden.

Betalingsvorm

Hoe wordt de behandeling betaald?
(kruis aan wat van toepassing is)

- u betaalt alles zelf. Indien ouders gescheiden zijn, geef aan wie verantwoordelijk is/zijn voor betaling:
 - vader.
 - moeder.
 - 50% vader, 50% moeder.
- vergoeding door de gemeente. In dit geval dient u het *Toestemmingsformulier Gemeenten* ondertekend mee te sturen en te kiezen uit de volgende twee opties:
 - u laat uw huisarts een verwijsbrief naar de Basis-GGZ sturen via Zorgdomein.
 - u heeft een beschikking van de gemeente (graag bijvoegen).
- anders, namelijk:

.....

Werkwijze en verklaringen

Gaat u er mee akkoord dat uw huisarts enige informatie ontvangt over de aanmelding en behandeling? ja
 voorlopig niet, wellicht later
 nee

Ter bevordering van de kwaliteit en effectiviteit, worden uw vragen en opmerkingen over de inhoud en verloop van de behandeling tijdens de face-to-face behandelsessies besproken. E-mail correspondentie en telefonisch contact wordt slechts gebruikt voor het maken en verzetten van afspraken, het verzenden van formulieren/documenten en voor noodgevallen.

Om geheimhouding te waarborgen en te voorkomen dat vertrouwelijke informatie onbedoeld elders terechtkomt, is het niet toegestaan om zonder toestemming van de behandelende psycholoog gesprekken op te nemen of sessies te filmen.

Voor een effectieve behandeling dienen behandelsessies op regelmatige basis plaats te vinden. Indien er om welke reden dan ook geen behandeling plaatsvindt in de praktijk gedurende een periode van 4 weken, houdt de praktijk zich het recht voor de behandeling af te sluiten. Indien wenselijk kunt u uw kind op een altijd tijdstip opnieuw aanmelden.

Indien ouders gescheiden zijn is de handtekening van beide ouders noodzakelijk, tenzij één van de ouders het volledig gezag over het kind heeft. In dat geval dient hiervan een bewijs bijgevoegd te worden. Indien er sprake is van een Voogd is tevens een handtekening van deze Voogd vereist

Ondertekening*

Hierbij verklaar ik bovenstaande naar waarheid ingevuld te hebben of akkoord met de ingevulde gegevens. Ook verklaar ik mij akkoord met de beschreven werkwijze.

	Datum	Handtekening
Naam vader		
Naam moeder		
Naam jongere (> 12 jaar)		
Naam (gezinsvoogd (indien van toepassing)		

*) een afspraak kan pas worden ingepland indien Psychologiepraktijk den Brok een ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier met de daarbij vereiste documenten heeft ontvangen.