

YiSz

Safiera Zechiel

06 – 48049881

Mail: info@yisz.nl

Website: www.yisz.nl

Bezoekerslocatie: Wijnhaven 36, 3011 WS Rotterdam

VBAG Licentienr: 21811008

Praktijkcode: 9006558

AGB – code zorgverlener: 90106428

KvK: 72257369

BTW ID – nr: NL001791516B60

Bankrekeningnummer: NL92 ABNA 0825 8660 22

YiSz BEHANDELOVEREENKOMST Jongeren

Achternaam:			
Voornaam:			
Adres:			
Postcode:		Woonplaats:	
Telefoonnummer:		Mobiele nummer:	
E-mail adres:			
Geboortedatum:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Zorgverzekering:		Relatienummer:	

Geeft u toestemming uitwisseling van gegevens met huisarts en/of verwijzend therapeut?

Ja Nee

Geeft u toestemming om na afloop van de behandeling de huisarts en/of verwijzende therapeut te informeren?

Ja Nee

Naam huisarts/verwijzende:	
Telefoonnummer:	
Woonplaats:	

1. Wat is uw hulpvraag?

2. Welke klachten ondervindt u?

emotioneel fysiek

Een andere klacht, namelijk

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

3. Welke arts(en) heeft u geraadpleegd? Huisarts Specialist Psychiater n.v.t.

Is er een diagnose gesteld? Ja Nee

Zo ja, wat was de diagnose?

4. Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem? Ja Nee

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

6. Bent u momenteel onder behandeling bij onderstaande opties?

medische psychologische psychiatrische

Zo ja, bij welke behandelaar?

--

Heeft u ooit een psychose gehad? Ja Nee

Zo ja, hoelang geleden is dat?

7. Gebruikt u medicijnen? Ja Nee

Zo ja, welke?

Door wie is uw medicatie voorgeschreven door? Huisarts Specialist Psychiater

Heeft u een verslaving? Ja Nee

Zo ja, welke? (Softdrugs, Harddrugs, Alcohol, gokken, seks of iets anders)

8. Welk behandeldoel heeft de behandeling?

9. Nadere informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

Alle eventuele nadelige gevolgen welke voortvloeien uit het achterhouden van informatie, zijn voor de verantwoordelijkheid van de deelnemer.

Ondertekende verklaart de algemene voorwaarden, privacyverklaring en de huisregels op de website gelezen te hebben en akkoord bevonden.

Ondertekende verklaart zich akkoord met dit standaard behandelovereenkomst.

Bij een minderjarige deelnemer is het verplicht om ook nog het Toestemmingsformulier – ouder/voogd/verzorger in te vullen en te ondertekenen.

Datum:	
Plaats:	
Handtekening Psychodynamisch Therapeut:	Handtekening Deelnemer: