

# YiSz

Safiera Zechiel

06 – 48049881

Mail: [info@yisz.nl](mailto:info@yisz.nl)

Website: [www.yisz.nl](http://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 Relatietherapie

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

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

Geven jullie toestemming tot uitwisseling van gegevens met huisarts en/of verwijzend therapeut?

Ja  Nee

Geven jullie 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 jullie hulpvraag?

-----  
-----  
-----  
-----  
---

2. Welke klachten ondervindt jullie?

emotioneel     fysiek

Een andere klacht, namelijk

-----  
-----  
-----  
-----  
---

Sinds wanneer hebben jullie deze klachten?

-----  
-----  
-----  
-----  
---

3. Welke arts(en) hebben jullie geraadpleegd?  Huisarts     Specialist     Psychiater     n.v.t.

Is er een diagnose gesteld bij één van jullie?  Ja     Nee

Zo ja, wat was de diagnose?

-----  
-----  
-----  
-----  
---

4. Zijn jullie al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?  Ja     Nee

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

-----  
-----  
-----  
-----

6. Is één van jullie onder behandeling bij onderstaande opties?

medische     psychologische     psychiatrische

Zo ja, bij welke behandelaar?

-----  
-----  
-----  
-----

Heeft één van jullie ooit een psychose gehad?     Ja     Nee

Zo ja, hoelang geleden is dat?

-----  
-----  
-----  
-----

7. Gebruikt één van jullie medicijnen?     Ja     Nee

Zo ja, welke?

-----  
-----  
-----  
-----

Door wie is de medicatie voorgeschreven door?     Huisarts     Specialist     Psychiater

Heeft één van jullie een verslaving?     Ja     Nee

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

-----  
-----  
-----  
-----

. Welk behandeldoel hebben jullie?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

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.

Datum:	
Plaats:	
Handtekening Psychodynamisch Therapeut:	Handtekening Deelnemer 1 en 2: