

AANMELDINGSFORMULIER

Om de samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen wil ik u juist informeren over mijn werkwijze en enkele afspraken maken over een aantal praktische zaken. Mocht u echter na het lezen hiervan alsnog vragen hebben, neemt u dan gerust contact met mij op.

Procedure van de behandeling

Gestart wordt met een intakefase. Naast een kennismaking zijn de eerste gesprekken gericht op het in kaart brengen van uw klachten, uw situatie en het stellen van een diagnose. Hierbij hoort indien mogelijk ook het invullen van vragenlijsten. Hiervoor gebruik ik een testportaal op het internet. Vervolgens start de behandelfase waarin u samen met mij werkt aan verandering van uw problemen en klachten. Aan het eind van de totale behandeling volgt een afsluitend gesprek waarin de behandeling en uw klachten geëvalueerd worden. Tevens wordt aandacht besteedt aan terugvalpreventie.

Duur en aantal gesprekken

Een individueel consult duurt 45 minuten, tenzij anders afgesproken. Het aantal gesprekken is afhankelijk van uw klachten, de hulpvraag en de gekozen behandeling.

Kosten en vergoeding

De kosten voor psychotherapie worden volledig gedekt door het basispakket van uw zorgverzekering. U betaald alleen uw wettelijk bepaald eigen risico. Voorwaarde voor kostenovername door zorgverzekering is wel dat er sprake is van een diagnose.

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van de behandeling door de verzekering, is een verwijsbrief van de huisarts noodzakelijk.

Afspraken afzeggen

Een geplande afspraak dient minstens 24 uur van tevoren afgezegd te worden. Afspraken die niet tijdig worden afgezegd of die niet worden nagekomen, worden €100,00 per consult in rekening gebracht. Deze kosten worden niet door de zorgverzekeraar vergoed. De nota dient u binnen twee weken te voldoen waarna zonder aanmaning verzuim intreedt.

Telefonische bereikbaarheid

U kunt mij telefonisch bereiken van maandag tot en met vrijdag tijdens kantooruren. Aangezien ik veelal in gesprek ben wordt u meestal doorgeschakeld naar het antwoordapparaat en kunt u een boodschap inspreken. U wordt zo spoedig mogelijk teruggebeld. In verband met de 24 uur afzegtermijn is het eveneens belangrijk te vermelden dat u ook in het weekend een afspraak kunt afbellen (of sms-en). Spreek duidelijk uw naam en boodschap in op het antwoordapparaat.

AKKOORDVERKLARING

Hierbij verklaart ondergetekende op de hoogte te zijn en akkoord te gaan met bovenstaande informatie en afspraken.

Naam

Datum

Handtekening

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam (initialen en achternaam): _____ M / V
Roepnaam: _____
Burgerlijke staat: ongehuwd –gehuwd –samenwonend –gescheiden –weduw(e) –thuiswonend
Geboorteplaats: _____ Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____
BSN nummer: _____ Nationaliteit: Nederlands / anders, nl. _____
Adres: _____
Postcode en plaats: _____
Telefoon thuis: _____ Mobiel: 06 - _____
Telefoon werk: _____ Anders, nl.: _____
E-mail adres: _____
Zorgverzekeraar: _____ Relatienummer verzekeraar: _____

AANMELDING

Kunt u uw klachten omschrijven?

Wat is de reden om u aan te melden?

Wat is de reden om NU aan te melden?

Wat wilt u bereiken met de contacten?

Wat verwacht u van mij als therapeut?

Hebt u al eerder contact gehad met een psycholoog of psychotherapeut?

Drs Gunnar Ulrich
Waldeck Pymontsingel 77
6524 BB Nijmegen

Telefoon: 06-12185777
Email: info@nijmegen-psychotherapie.nl
Web: www.nijmegen-psychotherapie.nl

VERWIJZING

Via welke weg bent u bij onze praktijk gekomen, of: hoe hebt u onze praktijk gevonden?

Wie verwijst u naar de praktijk? Eigen initiatief –huisarts –school –werk –anders, nl.: _____
Naam huisarts: dhr./mw. _____

GEZONDHEID

Heeft u lichamelijke klachten en/of ziektes? Zo ja, waar hebt u last van?

Gebruikt u medicijnen?

Naam medicijn:

Hoeveel gebruikt u van de volgende middelen?

Alcohol: _____
Drugs: _____
Koffie: _____
Tabak: _____
Gokken: _____

Sport u? Wat doet u en hoe vaak?

Zijn er andere dingen die belangrijk zijn om op dit moment te melden?

OPLEIDING & WERK

Indien aan het werk: naam bedrijf: _____
Functie / Beroep: _____ Sinds: _____
Werkzaam: in loondienstverband –als zelfstandige, of anders, nl: _____
Indien niet werkzaam: werkzoekend –pensioen –ziektewet –uitkering, of anders, nl: _____
Sinds: _____ Reden: _____

Drs Gunnar Ulrich
Waldeck Pymontsingel 77
6524 BB Nijmegen

Telefoon: 06-12185777
Email: info@nijmegen-psychotherapie.nl
Web: www.nijmegen-psychotherapie.nl

Doorlopen onderwijs: _____ jaar afgerond: _____ diploma _____
 Onderwijstype: _____
 behaald: _____
 Basisschool: _____ ja - nee _____
 Middelbare school: _____ ja - nee _____
 Vervolgopleiding 1, niveau: _____ ja - nee _____
 Vervolgopleiding 2, niveau: _____ ja - nee _____
 Vervolgopleiding 3, niveau: _____ ja - nee _____

PARTNER & GEZIN

Partner

Naam partner (initialen en achternaam): _____ M / V
 Roepnaam: _____
 Geboorteplaats: _____ Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____
 Beroep: _____

Kinderen

thuiswonend:

onderwijs:
 Naam: _____ leeftijd: _____ ja - nee _____
 Naam: _____ leeftijd: _____ ja - nee _____
 Naam: _____ leeftijd: _____ ja - nee _____
 Naam: _____ leeftijd: _____ ja - nee _____

GEZIN VAN HERKOMST

Naam Moeder: _____
 Geboorteplaats: _____ Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____
 Beroep: _____ Indien niet meer levend: overleden op: _____

Naam Vader: _____
 Geboorteplaats: _____ Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____
 Beroep: _____ Indien niet meer levend: overleden op: _____

Zijn ouders gescheiden? ja - nee _____ Wanneer? _____

Broers en zussen

Naam: _____ leeftijd: _____
 Naam: _____ leeftijd: _____
 Naam: _____ leeftijd: _____

Kunt in het kort een indruk geven van uw gezin van herkomst?

En hoe is het contact onderling nu?

TOESTEMMING***Toestemmingsverklaring***

In het kader van de behandeling kan het zinvol zijn dat uw behandelaar de mogelijkheid heeft te overleggen met uw huisarts en/ of verwijzer en eveneens aan hem/haar schriftelijk kan rapporteren over de behandeling. Aangezien psychologen een wettelijk geregeld beroepsgeheim hebben, dient u daar schriftelijk toestemming voor te geven.

Hierbij geef ik aan psychotherapeut Drs. G. Ulrich, Waldeck Pyramontsingel 77 te Nijmegen

WEL / GEEN

toestemming om informatie over mijn behandeling uit te wisselen met:

- mijn huisarts, _____

eventuele andere hulpverleners:

- _____

- _____

HANDTEKENING

Naam: _____ Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____