

## Aanmeldformulier

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uw persoonsgegevens | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BSN-nummer:** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Naam:** |  | | | | | Voorletters: | | | | | |  | Roepnaam: | | |  | |
| **Adres:** |  | | | | | **Postcode:** | | | | | |  | Woonplaats: | | |  | |
| **Geboortedatum (dd-mm-jjjj):** | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Telefoonnummer mobiel:** | | |  | | | | | | | **Telefoonnummer thuis:** | | | | |  | |
| **E-mailadres[[1]](#footnote-1):** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Legitimatie (nummer paspoort of rijbewijs):** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Contactpersoon voor noodsituaties**  **(naam, relatie, telefoonnummer):** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Verzekeringsmaatschappij:** | | | |  | | | | | | | **Polisnummer:** | | |  | | | |
| **Waar heeft u van Doe-Psy gehoord?** | | | | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uw huisarts | | | | | | | | |
| **Naam:** | Dhr./mevr. | | | Voorletters: | |  | | |
| **Adres:** |  | | **Postcode:** | |  | | Woonplaats: |  |
| **Telefoonnummer:** | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uw klachten | | | | | | | |
| **Wat is uw klacht/probleem?** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Hoe ernstig beoordeelt u zelf het probleem op dit moment?** | | | | | | | |
|  | Zeer ernstig |  | Ernstig |  | Matig |  | Licht |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hoe lang heeft u uw huidige probleem?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Waarom meldt u zich *op dit moment* aan?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bent u op dit moment in behandeling?** |  | **Ja** |  | **Nee** |  |
| **Zo ja, waar?** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uw eerdere behandelingen | | | | | | | |
| **Bent u in het verleden ooit in behandeling geweest voor psychische problemen?** | | | |  | **Ja** |  | **Nee** |
| **Zo ja, waar vond de behandeling plaats en door wie werd u behandeld?** | | | | | | | |
| **Klachten/problemen** | **Instelling/zorgverlener** | **Periode + hoe zag de behandeling er uit?** | **Resultaat en tevredenheid** | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |

* Ik ga akkoord dat de verwijzer/huisarts op de hoogte wordt gehouden van de belangrijkste gegevens, zoals de diagnostische bevindingen, het advies en behandelbeloop
* Ik ga akkoord dat mijn behandelaar intercollegiaal overleg heeft over diagnose en behandeling.
* Ik ga akkoord met het invullen van de vragenlijsten over psychische gezondheid in ieder geval vóór de behandeling en aan het einde van de behandeling (Routine Outcome Monitoring “ROM”). U mag altijd weigeren om mee te werken aan ROM of dat uw ROM-gegevens (anoniem) met Akwa GGZ gedeeld worden: laat het mij hieronder bij de opmerkingen weten als u hier bezwaar tegen heeft.
* Ik ga akkoord met het verstrekken van wettelijk verplichte informatie aan de zorgverzekeraar i.v.m. vergoeding kosten van onderzoek en behandeling.
* In het kader van visitatie/inspectie voor kwaliteitstoetsing of (her-)registratie, wordt uitgegaan van uw toestemming. Als u daar bezwaar tegen heeft kunt u dit hieronder bij de opmerkingen aangeven.
* Ik ben op de hoogte van en ga akkoord met de tarieven en betalingsvoorwaarden van Doe-Psy (zie

[www.doe-psy.nl](http://www.doe-psy.nl)), waaronder over het annuleren van afspraken: wanneer u verhinderd bent, wordt u vriendelijk verzocht dit zo tijdig mogelijk en minimaal 24 uur van te voren te laten weten. Afspraken die niet binnen 24 uur van te voren worden afgezegd komen voor rekening van de cliënt. U krijgt een factuur van 50 euro.

|  |
| --- |
| **Heeft u opmerkingen?** |
|  |
|  |

Hartelijk dank voor het invullen. U kunt het formulier e-mailen via de beveiligde e-mail, door een (gratis) account aan te maken op <https://doe-psy.karify.com/public/membership>. Als u eenmal een account heeft aangemaakt, kan ik u in deze Karify-omgeving aanmerken als relatie: let op, dit kan soms duren als ik niet meteen op Karify kom. Daarna wil ik u vragen om dit formulier als **bijlage bij een bericht** in Karify naar mij (Rob Faltin) te sturen. Als u zelf de verwijsbrief voor specialistische GGZ gekregen heeft, stuur deze a.u.b. ook op als bijlage bij het bericht in Karify. Hartelijk dank voor uw medewerking.

Zodra ik uw verwijsbrief en aanmeldformulier heb ontvangen, kunt u mij tijdens kantooruren bellen voor het maken van een intakeafspraak (06-13653100, laat eventueel een bericht achter). Natuurlijk kunt u mij ook bellen als u vragen heeft.

Vergeet u niet de volgende documenten te nemen bij de eerste afspraak?

* een geldig identiteitsbewijs,
* uw verzekeringspas

|  |
| --- |
| U vindt verdere informatie op [www.doe-psy.nl](http://www.doe-psy.nl), [www.vgct.nl](http://www.vgct.nl) en [www.lvvp.info](http://www.lvvp.info). |

1. Met het geven van uw emailadres gaat u akkoord met de risico's van emailgebruik. De verzender / Doe-Psy aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade voortvloeiend uit het Internet- en e-mailgebruik. [↑](#footnote-ref-1)