



## Psychologiepraktijk Sophie Pollock

---

### GEGEVENS VAN DE CLIËNT

Naam en voornaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Burgerlijke staat:	
Hoogst behaalde diploma:	
Beroep / studierichting*: (evt. werkloos/ziektewet)	

### GEGEVENS VAN DE OUDERS *(enkel invullen indien je minderjarig bent en/of nog thuis woont)*

	VADER	MOEDER
Naam en voornaam:		
Telefoonnummer:		
E-mailadres:		
Hoogst behaalde diploma:		
Beroep*: (evt. werkloos/ziektewet)		
Zijn beide ouders nog samen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	Eventueel: Specifieer de ouderschapsregeling:	

### SCHOOLGEGEVENS *(enkel invullen indien je nog studeert)*

Naam school:	
Leerjaar en richting:	

## BEHANDELGESCHIEDENIS

Vul hier aan indien je al eens opgenomen bent geweest in het <u>ziekenhuis of een psychiatrische kliniek</u> omwille van psychische klachten:			
NAAM ZIEKENHUIS	WANNEER?	WAAROM?	HOELANG?
Vul hier aan indien je al eens eerder in behandeling bent geweest bij een <u>psycholoog of psychiater</u> :			
NAAM HULPVERLENER	WANNEER?	WAAROM?	HOELANG?
Indien je hulp zoekt voor eet- en gewichtsproblemen, vul dan hier aan of je al eens eerder een <u>dieetpoging</u> hebt ondernomen (bijvoorbeeld diëtist, Weight Watchers, proteïnedieet,, ...):			
DIËTIST OF TYPE DIEET	WANNEER?	WAAROM?	HOELANG?

## GEGEVENS VAN DE HUIDIGE BETROKKEN HULPVERLENERS EN INSTANTIES

Bij welk <u>ziekenfonds</u> ben je aangesloten?	
Naam en adres van de <u>huisarts</u> :	
<i>Mag er informatie-uitwisseling met de huisarts plaatsvinden?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee   Handtekening:
Eventueel, naam en adres <u>psychiater</u> :	
<i>Mag er informatie-uitwisseling met de psychiater plaatsvinden?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee   Handtekening:

Eventueel, naam en adres <b>diëtist</b> :  <i>Mag er informatie-uitwisseling met de diëtist plaatsvinden?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee   Handtekening:
Eventueel, naam en adres <b>overige relevante hulpverleners</b> (bijv. psycholoog, crisisteam, kliniek, ...):  <i>Mag er informatie-uitwisseling plaatsvinden (specificeer indien nodig)?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee   Handtekening:
Eventueel, naam en contactgegevens van de <b>klastitularis en/of leerlingbegeleider</b> :  <i>Mag er informatie-uitwisseling met de school plaatsvinden?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee   Handtekening:
Eventueel, contactpersoon en gegevens van het betrokken <b>CLB</b> :  <i>Mag er informatie-uitwisseling met het CLB plaatsvinden?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee   Handtekening:

## LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Heb je op dit moment lichamelijke aandoeningen, klachten of problemen?			
Gebruik je op dit moment medicatie voor lichamelijke of psychische klachten (zoals bijvoorbeeld bloeddrukmedicatie, antidepressiva, slaapmedicatie, kalmeermiddelen...)?			
NAAM PRODUCT	DOSIS	FREQUENTIE	REDEN VAN GEBRUIK

## CONTACTPERSOON

Wie mag ik contacteren bij noodgevallen en indien ik jou niet persoonlijk kan bereiken?	
NAAM	TELEFOONNUMMER

## INFORMED CONSENT ANNULERINGSVOORWAARDEN

Aan het maken en annuleren van afspraken zijn annuleringsvoorwaarden verbonden. Indien je een afspraak wilt annuleren, dan kan dat op eender welk moment, doch annulaties zijn enkel kosteloos indien ze 1) **ten minste 48u voorafgaand aan de afspraak** en 2) **op schriftelijke wijze gebeuren** via sms of e-mail. Voor alle andere annulaties of vergeten afspraken geldt een vergoeding van 50 euro.

*Hierbij verklaar ik op de hoogte te zijn van en akkoord te gaan met deze annuleringsvoorwaarden.*

*Handtekening, voorafgegaan door 'gelezen en goedgekeurd':*

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_