

CIN:

1. INTAKE

Naam	
Voorletter (S)	
Voornaam	
Geboorte datum	
BSN	
Leefsituatie	
Opleidingsniveau	
Telefoon	
E-mail	
Straat + huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Zorgverzekeraar	
Polisnr. zorgverzekering	
Declaratie naar	Zorgverzekeraar / Cliënt
Huisarts/verwijzer	
Verwijzing dd.	
Blended Care	Ja/Nee

Toestemming informatie verstrekken aan/door huisarts/verwijzer: **ja/nee**

Belangrijk:

Bij verhindering 24 uur voor aanvang sessie afzeggen, anders moet de sessie bij u in rekening gebracht worden (€ 110).

Let op: De kosten van psychotherapie worden geheel of gedeeltelijk vergoed door uw zorgverzekeraar. Uw eigen risico wordt wel aangesproken.

Datum:

Handtekening:



CIN:

2. INDICATIESTELLING

2.1 KLACHT/VRAAGSTELLING



CIN:

2.2. ANAMNESE

2.3 SUICIDALITEIT



CIN:

2.5 RISICOVOL LEEFGEDRAG, VERSLAVING (-EN)

2.6 MEDICATIE ACTUEEL, INCL. STARTDATUM

2.7 EERDERE HULPVERLENING

2.8 VOORLOPIGE HYPOTHESE



CIN:

2.9 INSCHATTING ZORGZWAARTE (VOORLOPIG) .BLENDED CARE

A. SGGZ / GBGGZ (KORT / MIDDEL / INTENSIEF)

B. BLENDED CARE JA-NEE

2.10 DSM IV CLASSIFICATIE

AS 1	Dystyme stoornis	
------	------------------	--



CIN:

	Angst NAO	
	PTSS	
	Depressie	
	Bipolair	
OVERIG:		
AS 2		
AS 3		
AS 4		
AS 5 BEGIN		
AS 5 HOOGST		
AS 5 EIND		

3. BEHANDELPLAN



CIN:

[Empty box for notes]

DSM IV CLASSIFICATIE :

Besproken met patient: JA/NEE

DATUM:

4. EVALUATIE



CIN:

Vervanging bij afwezigheid:

5. BRIEVEN HUISARTS/VERWIJZER



CIN:

Datum	Inhoud

6. ROM

Datum inschrijving	
Meetinstrument	OQ 45
Beginmeting	
Tussenmeting	
Eindmeting	