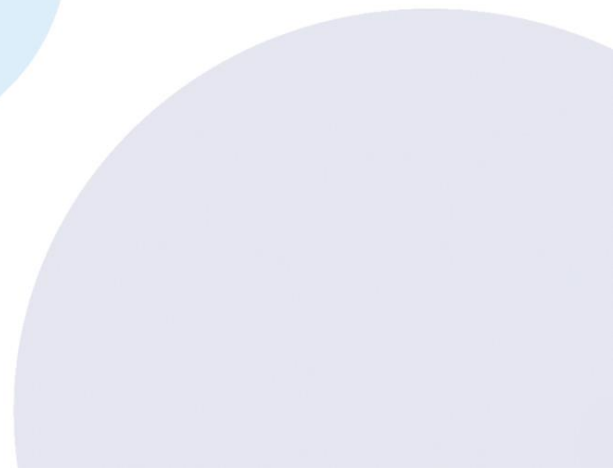
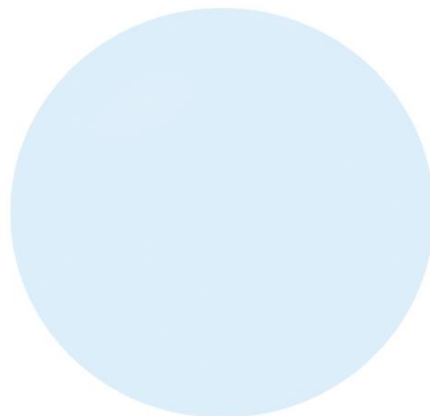


INTAKEBUNDEL

Centrum voor Eetstoornissen • Praktijk voor Gedragstherapie
Hamsesteenweg 29 • 3971 Heppen



GEGEVENS VAN DE CLIËNT	
Naam en voornaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Telefoonnummer (GSM & vaste lijn):	
E-mailadres:	
Burgerlijke staat:	<input type="checkbox"/> alleenstaand <input type="checkbox"/> in een relatie <input type="checkbox"/> gehuwd <input type="checkbox"/> wettelijk samenwonend <input type="checkbox"/> gescheiden <input type="checkbox"/> weduwe/weduwnaar
Hoogst behaalde diploma:	<input type="checkbox"/> lagere school <input type="checkbox"/> middelbare school, namelijk: <input type="checkbox"/> hoge school, namelijk: <input type="checkbox"/> universiteit, namelijk: <input type="checkbox"/> overig, diploma:
Duid aan wat op u van toepassing is (meerdere antwoorden mogelijk):	<input type="checkbox"/> ik ben student, namelijk: <input type="checkbox"/> ik heb betaald werk, namelijk: <input type="checkbox"/> ik ben momenteel in ziekteverlof sinds: <input type="checkbox"/> ik ben werkzoekend sinds: <input type="checkbox"/> ik ben huisvrouw/huisman <input type="checkbox"/> overig, namelijk:

GEGEVENS VAN DE OUDERS OF VOOGD <i>(voor minderjarige cliënten)</i>	
Naam en voornaam moeder :	
Telefoonnummer (GSM & vaste lijn):	
E-mailadres:	
Beroep:	
Handtekening ter akkoord voor opstart psychotherapeutische begeleiding: <i>(noodzakelijk voor cliënten < 12 jaar)</i>	
Naam en voornaam vader :	
Telefoonnummer (GSM & vaste lijn):	

E-mailadres:	
Beroep:	
Handtekening ter akkoord voor opstart psychotherapeutische begeleiding: <i>(noodzakelijk voor cliënten < 12 jaar)</i>	
Naam en voornaam <u>voogd</u> :	
Telefoonnummer (GSM & vaste lijn):	
E-mailadres:	
Handtekening ter akkoord voor opstart psychotherapeutische begeleiding: <i>(noodzakelijk voor cliënten < 12 jaar)</i>	

GEZINSSAMENSTELLING <i>(voor minderjarige cliënten)</i>		
Beide ouders nog samen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Indien nee, specificeer ouderschapsregeling:		
Broers en zussen: <i>(naam, leeftijd, verwantschap)</i>		
Eventueel, gezinsleden van het nieuw samengestelde gezin van mama : <i>(naam, leeftijd, verwantschap)</i>		
Eventueel, gezinsleden van het nieuw samengestelde gezin van papa : <i>(naam, leeftijd, verwantschap)</i>		

GEGEVENS VAN DE SCHOOL <i>(voor minderjarige cliënten)</i>	
Naam en adres school:	
Eventueel, contactgegevens van de klastitularis of begeleider:	
Leerjaar en richting:	
Deed uw kind ooit een leerjaar over, zo ja welk?	

Veranderde uw kind ooit van school omwille van bijzondere redenen?	
Ervaart de school een probleem met betrekking tot uw kind?	

GEGEVENS VAN BETROKKEN HULPVERLENERS EN INSTANTIES	
Mutualiteit:	
Naam en adres van de huisarts :	
<i>Mag er informatie-uitwisseling met de huisarts plaatsvinden?</i>	Ja / Nee
Eventueel, contactpersoon en gegevens van het betrokken CLB :	
<i>Mag er informatie-uitwisseling met het CLB plaatsvinden?</i>	Ja / Nee
Eventueel, naam en adres psychiater :	
<i>Mag er informatie-uitwisseling met de psychiater plaatsvinden?</i>	Ja / Nee
Eventueel, naam en adres diëtist :	
<i>Mag er informatie-uitwisseling met de diëtist plaatsvinden?</i>	Ja / Nee
Eventueel overige betrokken hulpverleningsinstanties of personen (bijv. huidig psycholoog, kinesist, logopedist, kliniek, crisisteam, ...):	
<i>Mag er informatie-uitwisseling plaatsvinden (specifieer indien nodig)?</i>	Ja / Nee

BEHANDELGESCHIEDENIS			
Vul hier aan indien u of uw kind al eens eerder in behandeling bent/is geweest bij een psycholoog of psychiater :			
Naam	Wanneer?	Waarom?	Hoelang?

Vul hier aan indien u of uw kind al eens opgenomen bent/is geweest in het <u>ziekenhuis of een psychiatrische kliniek</u> omwille van psychische klachten:			
Instelling	Wanneer?	Waarom?	Hoelang?
Indien u of uw kind hulp zoekt voor eet- en gewichtsproblemen, vul dan hier aan of u/uw kind al eens eerder een <u>dieetpoging</u> hebt/heeft ondernomen (bijvoorbeeld diëtist, Weight Watchers, Prodimed,, ...):			
Diëtist of type dieet	Wanneer?	Waarom?	Hoelang?

LICHAMELIJKE GEZONDHEID			
Heeft u/uw kind op dit moment één of meerdere lichamelijke aandoeningen of problemen (bijvoorbeeld: hart- en vaatziekten, diabetes, rugklachten, lichamelijke handicap, ...)?			
Gebruikt u/uw kind op dit moment medicatie voor lichamelijke/psychische klachten (bijvoorbeeld bloeddrukmedicatie, antidepressiva, slaapmedicatie, kalmeermiddelen...)?			
Naam product	Dosis in (m)g	Aantal per dag / frequentie	Reden van gebruik

CONTACTPERSOON	
Wie mogen wij contacteren bij noodgevallen en indien wij u/uw kind niet persoonlijk kunnen bereiken?	
Naam	Telefoonnummer

Datum van invullen: ___ / ___ / _____

Hiermee verklaar ik op de hoogte te zijn van de informatie vermeld in de infobrochure op de website, met onder meer de specifieke annuleringsvoorwaarden van geplande afspraken, en hiermee akkoord te gaan.

Handtekening:
