

Behandelovereenkomst

Achternaam :
Voornaam :
Adres :
Postcode : Woonplaats :
Telefoon : Tel. mobiel :
E-mail adres :
Geboorte datum : Geslacht : man vrouw
Zorgverzekering :
Relatienummer :

Geeft u toestemming uitwisseling van gegevens met huisarts

en/of verwijzend therapeut? : Ja Neen

Geeft u toestemming om na afloop van de behandeling de

huisarts en/of verwijzende therapeut te informeren? Ja Neen

Naam huisarts/verwijzende:

Telefoon:

Woonplaats:

De tarieven worden vermeld op de website www.agvi.nl

Deze tarieven kunnen maximaal eens per jaar gewijzigd worden

Aard van de problematiek

1. Waaruit bestaat uw hulpvraag?

2. Ondervindt u klachten: emotioneel fysiek

Zo ja, welke?

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

3. Welke arts(en) heeft u geraadpleegd? Huisarts Specialist Psychiater

Is er een diagnose gesteld? Ja Neen

Zo ja, wat was de diagnose?

4. Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem? Ja Neen

5. Wat is het resultaat van de behandelingen tot nu toe?

6. Bent u momenteel onder medische psychologische psychiatrische
behandeling?

Zo ja, bij welke behandelaar?

Heeft u ooit een psychose gehad? Ja Neen

7. Gebruikt u medicijnen? Ja Neen

Zo ja, welke?

Voorgescreven door? Huisarts Specialist Psychiater

Gebruikt u drugs? Ja Neen

Zo ja, welke?

8. Welk behandeldoel heeft de behandeling?

9. Nadere informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

Alle eventuele nadelige gevolgen welke voortvloeien uit het achterhouden van informatie, zijn voor verantwoordelijkheid van de cliënt.

Cliënt verklaart zich akkoord met deze standaard behandelovereenkomst. **De algemene voorwaarden zoals vermeld op de site www.agvi.nl zijn gelezen en akkoord bevonden.** Deze vindt u onder het kopje informatie.

Datum:

Plaats:

Handtekening:
