



Intakeformulier

Dossiernummer	<input type="text"/>
Datum intake	<input type="text"/>
Voorletters	<input type="text"/>
Voorna(a)m(en)	<input type="text"/>
Roepnaam	<input type="text"/>
Tussenvoegsel	<input type="text"/>
Achternaam	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>
Huisadres	<input type="text"/>
Postcode huisadres	<input type="text"/>
Plaats huisadres	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Mobiel	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>

Beroep / Functie	
Burgelijke staat	
Kinderen	Ja / Nee (Omcirkel wat van toepassing is) Leeftijd(en)
Huisarts	Naam Adres
Behandelend specialist(en), En/of overige therapeut(en)/ Paramedici	Naam Specialisatie / therapie
Zorgverzekeraar	Naam Evt. het type aanvullend pakket
Wat is uw hulpvraag?	
Wanneer zijn deze klacht(en) ontstaan en wat is het verloop van deze klacht(en)?	
Is er een diagnose gesteld van deze klacht(en)?	Ja / Nee (Omcirkel wat van toepassing is) Zo ja door wie Huisarts Specialist / Psychiater Therapeut Paramedicus
Welke diagnose heeft behande- lend arts, Sspecialist, therapeut, of paramedicus gesteld?	
Bent u het eens met deze diagnose? En heeft u hierover opmerkingen?	Ja / Nee (Omcirkel wat van toepassing is) Opmerkingen

<p>Bent u al eerder in behandeling geweest voor uw hulpvraag?</p>	<p>Ja / Nee (Omcirkel wat van toepassing is) Zo ja door wie (graag ook de naam vermelden) Huisarts Specialist / Psychiater Therapeut Paramedicus</p>
<p>Kunt u vanaf uw geboorte tot nu toe aandoening(en) / ingrep(en) / fracturen en evt. opnames ziekenhuis / instellingen benoemen?</p>	
<p>Welke aangeboren afwijking(en) / aandoening(en) zijn bij u bekend? En kunt u aangeven of deze erfelijk zijn?</p>	
<p>Welke allergieën zijn bij u bekend? En sinds wanneer heeft u deze allergie?</p>	
<p>Welke medicijnen en/of overige middelen gebruikt u?</p>	<p>Voorgeschreven medicijnen</p> <p>Overige middelen</p>
<p>Door wie zijn de medicijnen voorgeschreven?</p>	<p>(Omcirkel wat van toepassing is) Huisarts Specialist / Psychiater</p> <p>Houd u zich aan de voorgeschreven dosering? JA NEE</p>
<p>Welke evt. bijwerkingen ervaart u van de medicijnen?</p>	

Bent u momenteel onder
behandeling voor uw hulpvraag?

Ja / Nee (Omcirkel wat van toepassing is)
Zo ja door wie (graag ook de naam vermelden)
Huisarts
Specialist / Psychiater
Therapeut
Paramedicus

Waaruit bestaat de huidige
behandeling? En wat is het
resultaat tot nu toe?

Eventuele overige informatie
die van belang kan zijn voor de
behandeling

Bedankt voor het invullen van dit intakeformulier.
Graag het ingevulde intakeformulier meenemen naar het eerste consult met intake.



AGB code (zorgverlener): 90104878
AGB code (praktijk): 90064170
RBCZ Licentienummer: 180224R
VNT Lidnummer: 17.053



Burg. v. Heemstrakwartier 86 - 3731 TL De Bilt / 06 5421 2749 / info@praktijk-np.nl
www.praktijk-np.nl / Bank: NL39 ABNA 0555 324 567 / KvK Utrecht: 3022 8439