

# Intacto-Haptotherapie

Datum intake:

## Persoonsgegevens

Naam:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voornaam:	BSN (Sofi nr.):
Adres:	Geboortedatum:
Postcode:	Telefoon privé:
Woonplaats:	Telefoon mobiel:
Opleiding:	Telefoon werk:
Beroep:	E-mail:

## Sociale achtergrond en situatie

Gehuwd/Samenwonend  Alleenwonend

Kinderen (naam & geboortedatum, thuiswonend?):

Waren er bijzonderheden ten tijde dat uw moeder zwanger van u was en/of tijdens uw geboorte?

Kunt u een korte schets geven van het gezin waarin u bent opgegroeid?

Wat zijn in uw ogen belangrijke gebeurtenissen geweest in uw leven?

Zijn er nog andere zaken die voor mij van belang zouden kunnen zijn om te weten, of die u aan de informatie zou willen toevoegen?

## Problematiek en hulpvraag

Voor welke problemen zoekt u op dit moment hulp (bij mij), wat is uw hulpvraag?

Heeft u een idee hoe deze problemen zijn ontstaan?

Heeft u ook lichamelijke klachten en/of beperkingen?

Waarom denkt u dat Haptotherapie u kan helpen?

**Overige informatie**

Verwijzer:

Telefoon:

Huisarts:

Telefoon:

Medebehandelaar:

Telefoon:

Verzekering:

Inschrijfnummer:

Indien u niet werd verwezen, hoe bent u dan bij Intacto terechtgekomen?

Bent u wel eens in een ziekenhuis of instelling opgenomen geweest?

Gebruikt u medicijnen, drugs en/of genotmiddelen?

Heeft u contact met andere hulpverleners (gehad)? Zo ja, met wie en wanneer en met welk resultaat?

Gaat u er mee akkoord dat ik uw huisarts op de hoogte houd?

Ja  Nee

Gaat u er mee akkoord dat ik overleg pleeg met uw verwijzer of medebehandelaar?

Ja  Nee

Hebt u kennis genomen van en gaat u akkoord met de zaken die vermeld staan in de Praktijkinformatie?

Ja  Nee

Datum:

Naam en Handtekening cliënt:

Ik verklaar dat ik als therapeut mij zal houden aan de gemaakte afspraken.

Datum:

Naam en Handtekening therapeut: