

Intakeformulier Haptomotion

1. Waaruit bestaat uw hulpvraag?

2. Heeft u last van klachten (fysiek / psychisch / emotioneel)? ja nee
Zo ja, welke is / zijn dat?

Sinds wanneer heeft u last van deze klachten?

3. Welke artsen heeft u geraadpleegd? huisarts specialist psychiater
Is er een diagnose gesteld? ja nee
Door wie is de diagnose gesteld? huisarts specialist psychiater
Welke diagnose is gesteld?

4. Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem? ja nee
Zo ja, bij wie?

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

De vragenlijst gaat verder op de volgende pagina.

Amsterdam
Niasstraat 5G
1095 TS Amsterdam

MA 08:00 - 19:00
DI 08:00 - 19:00
WO 08:00 - 13:00
DO 08:00 - 19:00

Muiden
Burg. de Raadsingel 3
1382 BE Muiden

VO 14:00 - 18:00
VR 08:00 - 18:00

6. Bent u momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling?

ja nee

Zo ja, bij wie?

7. Gebruikt u medicijnen? ja nee

Zo ja, welke?

Voorgeschreven door: huisarts specialist psychiater

8. Wat wilt u bereiken met de therapie?

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

Datum:

Plaats:

Naam therapeut:

Naam cliënt:

Handtekening therapeut

Handtekening cliënt

(bij minderjarigheid één van de ouders of voogd)