***INTAKE-FORMULIER***

1. Waaruit bestaat uw hulpvraag?

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**2.** Heeft u ook last van klachten (fysiek / emotioneel)? □ Ja □ Neen

Zo ja, welke is / zijn dat: …………………………………………………………………………………..

Sinds wanneer heeft u last van deze klacht(en)?………………………………………………

**3A.** Welke artsen heeft u geraadpleegd? □ Huisarts □ Specialist □ Psychiater

**3B.** Is er een diagnose gesteld? □ Ja □ Neen

Zo ja, door wie? □ Huisarts □ Specialist □ Psychiater

Welke diagnose is er gesteld? ………………………………………………………………………….

**4A.** Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?

□ Ja □ Neen

Zo ja, bij wie? …………………………………………………………………………………………………

**4B.** Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe?

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**4C.** Bent u momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling?

□ Ja □ Neen

Zo ja, bij wie?……………………………………………………………………………………………………

**4D.** Gebruikt u medicijnen?

□ Ja □ Neen

Zo ja, welke?……………………………………………………………………………………………………

Voorgeschreven door: □ Huisarts □ Specialist □ Psychiater

# **Ten aanzien van de haptotherapie**

**5**. Wat is uw motivatie en wat zijn uw doelen om aan te werken in de therapie;

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**6.** Is er na de intake een behandelplan uiteengezet? Welke doelen zijn er gezamenlijk

 vastgesteld om aan te gaan werken?

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

Nadere informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**Alle eventuele, nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van informatie, aanwezig in het medisch dossier van de huisarts, zijn voor de verantwoordelijkheid van de cliënt(e).**

Datum:…………………………………….. Plaats:…………………………………………..

Naam therapeut(e):………………………………………………………………………………

NVPA- Registratienummer:……………………………………………………………………..

Voor informatie: www.nvpa.org

VVH- Registratienummer:………………………………………………………………………

Voor informatie : www.haptotherapeuten-vvh.nl

**Handtekening therapeut(e) Handtekening cliënt(e)**

 **(**Bij minderjarigheid één der ouders of voogd)

NVPA-therapeuten hebben zich akkoord verklaard met de NVPA-beroepscode.

VVH-therapeuten hebben zich akkoord verklaard met de VVH-beroepscode