|  |  |
| --- | --- |
| Datum aanmelding: | |
| Aanmelding door (naam NAW): | |
| Datum intake | Tijdstip: 00:00 uur |
| Intakegesprek bij: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persoonlijke gegevens:** | |  | | |
| Naam klant: |  | | | |
| BSNummmer: |  | | | |
| Geboortedatum klant: |  | | Geslacht: | € M €V |
| Geboorteplaats klant: |  | | | |
| Straat en huisnummer: |  | | | |
| Postcode en woonplaats: |  | | | |
| Telefoonnummer: |  | | | |
| Email adres: |  | | | |
| Burgerlijke staat: | € alleenstaand  € alleenstaand in instelling  € alleenstaande ouder/ inwonend bij moeder  € gehuwd  (gemeenschap van goederen: € ja € nee)  € samenwonend  (met samenlevingscontract: € ja € nee )  € geregistreerd partnerschap | | | |
| Naam partner: |  | | | |
| BSNummer: |  | | | |
| Geboortedatum partner: |  | | Geslacht: | € M € V |
| Geboorteplaatspartner: |  | | | |
| Land van herkomst: |  | | | |
| Kinderen : Ja / Nee | :Zoja, aantal < 18jr | | | |
| Namen en geboortedata: |  | | | |

**Medische gegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Flankerende hulp:** |  |
| Naam instelling: |  |
| Naam hulpverlener: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Email adres: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medische informatie:** |  |
| Diagnose: |  |
| DSM-classificatie: | As I  As II  As III  As IV  As V |
| Medicatie: |  |
| Huisarts: |  |
| Specialist: |  |
| Behandelaar: |  |
| Tandarts: |  |
| Apotheek: |  |
| Ziektekosten verzekering: |  |
| Indicatie: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familie en contact personen:** |  |
| Ouders : | N.  A.  W.  T.  M.  M.  E. |
| Vriend/ partner: |  |
| Overige: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Reden aanmelding:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overige opmerkingen:** |  |