

1. Psychische klachten/Uw probleem

Wat zijn uw psychische klachten en/of problemen?

Sinds wanneer heeft u deze klachten/problemen?

Heeft u een idee wat de oorzaak/oorzaken zijn?

Hoe is het met uw stemming? (bent u vaak somber of meestal vrolijk?)

Zijn er angsten die u belemmeren? Zo ja, welke angsten?

Hebt u ooit geprobeerd uw leven te beëindigen of dit overwogen?

2. Hulpvraag en doelen

Wat is uw doel/wat zijn uw doelen voor de therapie?

Wat denkt u dat er moet gebeuren (wat wilt u leren) om uw doel te bereiken?

Waarom zoekt u op dit moment hulp?

Heeft u specifieke verwachtingen of wensen?

3. (Eerdere) hulp

Bent u op dit moment ergens in psychische zorg en zo ja waar en sinds wanneer?

Heeft u eerder psychische hulp gekregen, wanneer en bij welke instelling/praktijk?

Ja Nee

Zo ja, welke?

Jaar	Instelling/praktijk	Klachten	Resultaat

Bent u ooit opgenomen geweest of is er sprake geweest van een dreigende crisis? Zo ja, wanneer?

Bent u verwickeld in een juridische procedure (bijvoorbeeld rondom werk/UWV)?

4. Lichamelijke klachten

Heeft u lichamelijke klachten? Ja Nee

Zo ja, welke?

Is er ooit sprake geweest van hersenletsel? Ja Nee

Zo ja, welke?

Voor zover relevant tot uw hulpvraag: Bent u in een ziekenhuis opgenomen geweest of poliklinisch behandeld? Ja Nee Wel behandeling maar niet relevant tot de hulpvraag

Zo ja, wanneer en waarvoor?

Hoe is uw zelfredzaamheid (bijv. zelfverzorging, huishoudelijke taken)?

5. Middelengebruik

Gebruikt u medicatie?

Zo ja, welke medicatie, sinds wanneer en waarvoor?

Heeft u eerder medicatie voor uw psychische klachten gebruikt? Zo ja, welke? Waarom bent u daarmee gestopt?

Rookt u of heeft u in het verleden gerookt? Ja Nee

Zo ja, hoeveel en sinds wanneer?

Gebruikt u op dit moment drugs? Ja Nee

Zo ja, welke drugs en hoeveel?

Hebt u in het verleden drugs gebruikt? Ja Nee

Zo ja, welke drugs gebruikte u en hoeveel?

Zo ja, gaf dit problemen?

Gebruikt u alcohol? Ja Nee

Zo ja, wat drinkt u en hoeveel?

Ervaart u dit als een probleem? Ja Nee

Is alcohol in het verleden een probleem geweest? Ja Nee

Zo ja, wat voor drank gebruikte u en hoeveel?

6. Biografische gegevens

Zwangerschap, geboorte en kindertijd

Waren er bijzonderheden bij de zwangerschap, uw geboorte of in uw kindertijd? Zo ja, welke problemen?

Gezin van herkomst.

Kunt u beschrijven uit welke mensen uw gezin van herkomst bestond? Wilt u een korte omschrijving van de gezinsleden geven en hoe het contact met hen was.

Hoe was de sfeer thuis?

Op welke manier werd er vroeger thuis met gevoelens omgegaan?

Hebt u in uw jeugd ingrijpende en/of traumatische gebeurtenissen meegemaakt? Zo ja, welke?

Hebt u nog contact met uw stamgezin (ouders, broers en zussen)?

Ja Nee

Zo ja, hoe verloopt dit contact?

Lagere school

Hoe ging het leren op de lagere school?

Bent u ooit blijven zitten? Zo ja, wanneer?

Hoe ging het op sociaal gebied op de lagere school?

Middelbare school

Welke soort middelbare school hebt u gevolgd? (Bijv; MAVO,HAVO,VMBO,VWO.....)

Hoe ging het leren?

Hebt u uw diploma behaald?

Bent u ooit blijven zitten?

Vervolgopleiding

Heeft u vervolgonderwijs gevolgd? Zo ja, welke opleiding(en) en hoe verliep dit?

Werk

Werkt u op dit moment? Zo ja, in welke functie?

Hoeveel uur werkt u per week?

Zijn er problemen op het werk? Zo ja, welke?

In welke functies bent u werkzaam geweest en hoe lang? Hoe verliep dit?

Relaties

Beschrijf in het kort uw verleden met betrekking tot intieme relaties. Hoe verliepen deze relaties?

Huidige gezin

Hebt u een partner en/of kinderen? Wilt u de volgende gegevens over hen invullen?

Voornaam	Soort relatie	Geboorte jaar	School, groep, beroep	Gezondheid

Intake formulier

Schoneveld psychologie & psychotherapie

Wat is uw partner voor iemand, kunt u hem/haar beschrijven?

Hoe verloopt de relatie?

Mocht u kinderen hebben, hoe verloopt hun opvoeding, of hoe is uw relatie met hen?

Hobby's/Vrije tijd

Hoe besteedt u uw vrije tijd?

Sociale contacten

Wat voor sociale contacten heeft u? Bent u er tevreden over?

7. Eventuele erfelijkheid

Komen de volgende aandoeningen voor in uw familie?

Ziektebeelden / problemen	Ja/nee	Zo ja bij wie?
<i>Autismespectrumstoornis</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>Epilepsie</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>ADHD</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>Leerproblemen</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>Depressie</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>Overspannenheid</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>Andere psychiatrische aandoeningen</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
<i>Zo ja welke</i>		

8.Overig

Zijn er ingrijpende dingen gebeurd in uw leven, die nog niet genoemd zijn?

Zijn er nog dingen die u wilt toevoegen aan deze vragenlijst?

Hartelijk dank voor het invullen van dit formulier!

U kunt dit formulier uploaden als reactie op het bericht in het portaal. Daarvoor zult u dit document eerst op moeten slaan, vervolgens met een kort bericht versturen/uploaden. Vanwege privacy is het wellicht verstandig het document op uw computer/laptop/mobiel te verwijderen. Het is altijd terug te vinden in uw portaal, als u dat wilt. U kunt mij daar toegang toe vragen.

Pieter Schoneveld,
pieter@psychologen-dronten.nl, 06-41516543