

Protocol indicatiestelling psychotherapie

Cliënt: _____
Adres: _____
Geboorte datum: _____

Aanmelding klacht(en), acuut/niet acuut, veronderstelde luserende factor:

Eerdere hulpverleningsvormen:

Symptomen:

Hulpvraag:

Relevante persoons- en ontwikkelingsgegevens:

Gezin van herkomst: _____

Vader: _____

Moeder: _____

Broers/zussen: _____

Kinderjaren: _____

Puberteit: _____

Scholing: _____

Werk (verleden en heden) : _____

Relaties: _____

Sociaal: _____

Ontspanning: _____

Familiaire belasting:

Is er een medisch-psihiatrisch consult gewenst? Ja / Nee

Huidige medicatie:

Somatiek

Middelengebruik (caféïne/, alcoholgebruik, nicotinegebruik),

Psychologisch / Psychodiagnostisch onderzoek:

Eerste indruk:

Bewustzijn, aandacht en oriëntatie:

Geheugen:

Intellectuele functies:

Denken/Waarnemen:

Stemming en affect:

Somatische klachten:

Psychomotoriek:

Motivatie en gedrag:

Aanvullende psychologische vragenlijsten:

Persoonlijkheidstrekken:

Copingstijl:

Klachtenlijsten:

ROM meting:

Relevante DSM V codering:

Klassieke diagnose/Visie problematiek:

Behandeldoelen:

Cliënte akkoord met BO:

Beknopte omschrijving van het plan van aanpak/ Methodiek/ Vorm Psychotherapie/ Frequentie:

Zijn er aanwijzingen dat de situatie of conditie van cliënt risico's oplevert voor het kind/kinderen? Ja / Nee.

Is er een multidisciplinaire richtlijn van toepassing? Ja / Nee

Wordt deze richtlijn gevolgd Ja / Nee

Prognose:

Indicatie wordt getoetst: Ja / Nee

Zo ja, datum toetsing: ____ - ____ - ____

Zorg Prestatie Model Zorgzwaarte typering:

Algemene voorwaarden

- Inzake uw dossier is de WGBO (Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst) van toepassing.
- U gaat akkoord met de privacy statement van Praktijk Graus, deze zijn te vinden op onze website
- Bij verhindering dienen afspraken minstens 24 uur van tevoren worden afgezegd (wanneer dit niet gebeurt, wordt een bedrag van € 75 in rekening gebracht).
- In geval van geen contract met uw zorgverzekeraar gaat u akkoord met betaling van de behandeling en draagt u zelf zorg voor betaling.
- Het behandelplan dient regelmatig, doch in elk geval jaarlijks te worden geëvalueerd.
- Tenzij u daar bezwaar tegen heeft, stuurt uw behandelaar na de intakefase bij de start van de behandeling een bericht aan de huisarts omtrent diagnose en voorgesteld behandelplan. Bij beëindiging van de behandeling wordt de huisarts opnieuw geïnformeerd.
- In geval van ROM wordt u verzocht om op een aantal momenten tijdens de behandeling vragenlijsten in te vullen om de veranderingen van uw klachten in beeld te brengen. De uitkomsten van die vragenlijsten worden met u besproken. De uitkomsten worden in geanonimiseerde vorm gebruikt voor vergelijking met collega-zorgaanbieders en wetenschappelijk onderzoek.
- De psychotherapeut heeft een geheimhoudingsplicht tegenover derden. Hij/zij kan dus alleen met uw schriftelijke toestemming gegevens over u verstrekken aan bijvoorbeeld een verzekeringsmaatschappij, keuringsarts af Arbodienst. De
- psychotherapeut mag alleen in noodsituaties zijn geheimhoudingsplicht doorbreken, bijvoorbeeld als mensen in gevaar zouden komen. De psychotherapeut heeft geen toestemming van u nodig wanneer hij/zij over uw behandeling overleg wil plegen met collega's. Deze collega's hebben overigens ook een geheimhoudingsplicht.
- In het kader van visitatie van deze praktijk en kwaliteitseisen controle wordt uw dossier onderzocht door de collega's en visiteurs van de beroepsgroep LVVP. Hierbij geeft u toestemming. Collega's en de visiteurs van de LVVP hebben eveneens geheimhoudingsplicht.
- U bent verwezen naar informatie over klachtrecht en informatie over het indienen van een klacht. U heeft deze informatie begrepen.
- U heeft twee privacy verklaringen ontvangen. U heeft de keuze deze verklaringen te ondertekenen. U heeft deze informatie begrepen. Voor verder informatie wordt u verwezen naar de website www.praktijk-graus.nl

Cliënte Voor akkoord Indicatieprotocol, Behandelplan en algemene voorwaarden:

Cliënte:
Naam: _____

Datum: ____ - ____ - ____

Plaats : _____

Handtekening

Hoofdbehandelaar:
Mevr. Drs. Genevieve M.H. Graus Klinisch Psycholoog
en Psychotherapeut BIG 59049073925/79049073916

Datum: ____ - ____ - ____

Plaats : _____

Handtekening