Praktijkondersteuner: [ ] L. Borstlap
 [ ] R. Thierry- Stouthandel



|  |
| --- |
| **Gegevens**  |
| Datum van invullen:  |  |
| Voor- en achternaam | Geboortedatum |

|  |
| --- |
| **Uw klachten** |
| Welke klachten ervaart u? |
|  |

|  |
| --- |
| Hoe lang spelen de klachten? |
|  |

|  |
| --- |
| Heeft u eerder dergelijke klachten gehad? Zo ja, wanneer? |
|  |

|  |
| --- |
| Wat kunnen volgens u de oorzaken zijn van uw klachten? *gezondheid – relatie – gezin – financiën – sociale relaties – woonomgeving – werk – anders …* |
|  |

|  |
| --- |
| Gebruikt u alcohol, tabak, drugs? Zo ja, hoeveel? |
|  |

|  |
| --- |
| Zijn er psychische klachten in het gezin/familie van herkomst of is er sprake van autisme of ADHD? *(ouders, broers/zussen, opa/oma, oom/tante, neef/nicht)* |
|  |

|  |
| --- |
| Voelt u zich weleens angstig of gespannen? |
|  |

|  |
| --- |
| **Geschiedenis** |
| Kunt u specifieke dingen noemen uit uw verleden, die nog steeds een belangrijke rol spelen in uw leven? |
| **merken** |

|  |
| --- |
| Hoe zou u uzelf beschrijven? Wat typeert u? |
|  |

|  |
| --- |
| Hoe gaat u om met lastige situaties? (Pakt u ze aan? Vermijdt u ze het liefst? Gaat u piekeren? Gooit u spanning en agressie eruit? Zoekt u hulp bij anderen? Zoekt u een oplossing in alcohol, roken of drugs?) |
| **werk** |

|  |
| --- |
| Welke studie volgt u of welk werk doet u? In geval van werk: hoeveel uur per week? |
|  |

|  |
| --- |
| Bent u [] thuiswonend [] samenwonend [] gehuwd [] met kinderen (aantal? leeftijd?) [] anders… |
|  |

|  |
| --- |
| **Omgeving** |
| Van welke personen in uw omgeving ervaart u steun? Op welke manier steunen zij u? |
|  |

|  |
| --- |
| Wat nog meer vervult een positieve rol in uw leven? (bijvoorbeeld werk, sporten, geloof, muziek, creativiteit, natuur) |
|  |

|  |
| --- |
| **Hulpvraag** |
| Wat maakt dat u op dit moment in uw leven een beroep wilt doen op gesprekken met de POH GGZ? |
|  |

|  |
| --- |
| Wat wilt u ermee bereiken? |
|  |

|  |
| --- |
| Wat wilt u ermee bereiken? |
| Prive: |
| Werk: |
| Anders |

|  |
| --- |
| **Eerdere/eigen hulpverlening** |
| Heeft u eerdere hulpverlening gehad? Zo ja, bij wie en wanneer? |
|  |

|  |
| --- |
| Wat heeft u in deze eerdere hulpverlening geholpen? |
|  |

|  |
| --- |
| Wat heeft u tot nu toe ondernomen om uw klachten te verminderen? |
|  |

Alvast hartelijk dank voor het invullen van dit formulier.

Dit formulier graag zo spoedig mogelijk ingevuld inleveren op de praktijk of versturen via een e-consult met uw patiëntenportaal. Voor instructies kunt u kijken op onze website.