

1. GEGEVENS CLIËNT

Voornaam Achternaam Geslacht M / V
Straat Huisnummer
Postcode Woonplaats
Geboortedatum Burgerlijke staat ongehuwd / samenwonend / gehuwd
Telefoonnummer Mobiel telefoonnummer
E-mail Opleiding / Beroep
BSN:

Is cliënt jonger dan 16 jaar, dan dienen '2. gegevens ouders' ingevuld te worden

2. GEGEVENS OUDER / OPVOEDER / VERZORGER

Kind woont bij vader en moeder / vader / moeder / anders:
Dit formulier wordt ingevuld door vader en moeder / vader / moeder / anders:
Achternaam en voorletter ouder dhr. / mevr.
(mobiel) telefoonnummer E-mail:
Achternaam en voorletter andere (gescheiden) ouder dhr. / mevr.
(mobiel) telefoonnummer E-mail
Adres en telefoonnummer ouder(s) (indien dit afwijkt van gegevens cliënt)
.....
Overige kinderen in het gezin (naam en leeftijd).....
.....
In geval van echtscheiding is deze als volgt geregeld
.....

3. HULPVRAAG

Reden van aanmelding
.....
.....
.....
Is er eerdere psychologische / psychiatrische hulp geweest ja / nee
Zo ja, wanneer en waar? (jaar) bij / te

4. VERWIJZING

Verwijzing door huisarts / buro jeugdzorg / psychiater / eerstelijns hulpverlener / gz-psycholoog / ggz – jeugd of anders, namelijk
Voor welke hulp is verwezen? Eerstelijns psychologische hulp / Tweedelijns psychotherapeutische hulp
Naam, adres en telefoonnummer verwijzer (indien dit afwijkt van de gegevens van de huisarts).....
.....

5. SCHOOL

Schoolnaam
Niveau Leerjaar
Leerkracht, mentor of contactpersoon
Telefoonnummer:
E-mailadres:

6. GEGEVENS HUISARTS EN VERZEKERING

Huisarts dhr / mevr
Naam huisartsengroepspraktijk
Straat Huisnummer
Postcode Plaats Telefoon.....
Zorgverzekeraar
Naam
Polis- / Relatienummer

RAADPLEEG UW POLIS / vraag na bij uw verzekeraar:

Wat voor verzekering heeft cliënt? natura / restitutie
Zijn er dit jaar al zittingen eerstelijns hulp gedeclareerd? ja / nee
Heeft cliënt recht op extra vergoeding via uw aanvullende verzekering? ja / nee
Zo ja, wat is de extra vergoeding?.....

7. ALGEMENE INFORMATIE

Gaat u er mee akkoord dat uw huisarts bericht van ons ontvangt? ja / nee
Heeft u een verwijfsbrief van uw huisarts? (noodzakelijk voor vergoeding) ja / nee
Gebruikt cliënt medicijnen? ja / nee
Zo ja, welke?
Is er eerdere psychiatrische hulp geweest bij andere gezinsleden? ja / nee
Zo ja, bij wie en wanneer?

Wij verzoeken u dit formulier samen met de verwijfsbrief van de huisarts en een kopie van het identiteitsbewijs zo spoedig mogelijk terug te zenden aan Tijhuis, Psychologenpraktijk voor Kind en Jeugd, t.a.v. administratie, St. Annastraat 301, 6525 GV Nijmegen. Het eerste gesprek kan pas plaatsvinden als het formulier **volledig is ingevuld** en ondertekend. Binnen 10 werkdagen ontvangt u bevestiging van uw aanmelding.

8. INFORMATIE BETALING VIA AUTOMATISCHE INCASSO

Betaling geschiedt via automatische incasso. Dit houdt in dat u elke maand een rekening van ons krijgt. U kunt deze rekening aanbieden aan de zorgverzekeraar indien u bent verzekerd voor de door ons geboden hulp. Vervolgens schrijven wij het bedrag 30 dagen later af van de opgegeven bank- of girorekening. Tot wederopzegging machtigt ondergetekende Tijhuis, Psychologenpraktijk voor Kind en Jeugd (bankrekeningnummer 1051.54.210) tot het automatisch incasseren van de kosten van psychologische en psychotherapeutische hulpverlening.

Rekeningnummer bank / giro
Naam rekeninghouder
Adres

Verklaring

Ondergetekende verklaart dat bovenstaande naar waarheid is ingevuld na kennis genomen te hebben van de regeling van inschrijving en van de regels omtrent tariefstelling, automatische incasso, vertrouwelijkheid, 24 uur absentieregeling en klachtrecht, zoals omschreven in onze aan te bieden informatiefolder en op onze website.

Handtekening Plaats en datum
.....