

Intake

COUNSELLING

Biografische gegevens

TOELICHTING BIJ HET INVULLEN

De bedoeling van deze vragenlijst is om enige biografische gegevens te verzamelen, zodat wij samen met de mondelinge informatie die wij van u verkrijgen tijdens de eerste gesprekken een geschikte behandeling kunnen bepalen.

Sommige vragen kunt u beantwoorden door het aankruisen van een vierkantje voor het antwoord dat voor u het meest van toepassing is. Andere vragen behoeven een meer uitgebreid antwoord. Wilt u dat antwoord er zelf zo volledig en nauwkeurig mogelijk beschrijven?

Het zijn welliswaar veel vragen, maar wellicht zal het beantwoorden ervan ook voor uzelf een hulpmiddel zijn om uw problemen op een rijtje te zetten.

De gegevens die u ons toevertrouwt zullen zonder uw schriftelijke toestemming aan niemand worden doorgegeven.

Kunt u de klachten of problemen, waarvoor u hier komt, bij wijze van samenvatting aankruisen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> slecht slapen | <input type="checkbox"/> tegenzin in het werk |
| <input type="checkbox"/> vroeg wakker worden | <input type="checkbox"/> vergeetachtigheid |
| <input type="checkbox"/> snel vermoeid na geringe inspanning | <input type="checkbox"/> toename lichamelijke klachten (gewrichtspijn, spierpijn, verkoudheid, griep) |
| <input type="checkbox"/> grote wisseling in stemming | <input type="checkbox"/> meer verslavingsgedrag, meer eten, drinken, roken, kalmeringsmiddelen, impulsieve aankopen. |
| <input type="checkbox"/> gespannenheid | |
| <input type="checkbox"/> Piekeren | |
| <input type="checkbox"/> gevoel er niets meer bij kunnen hebben | |
| <input type="checkbox"/> innerlijk leeg of verdoofd voelen | |

Hoe ernstig beoordeelt u zelf deze klachten of problemen?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> licht | <input type="checkbox"/> ernstig |
| <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> zeer ernstig |

Hoe lang heeft u uw huidige klachten of problemen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> korter dan een 1 jaar | <input type="checkbox"/> 5 tot 10 jaar |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 2 jaar | <input type="checkbox"/> langer dan 10 jaar |
| <input type="checkbox"/> 2 tot 5 jaar | |

Heeft u enig idee over de oorzaak en/of aanleiding van uw huidige klachten of problemen?

- nee
 ja, nl.:

Zijn er in uw leven ingrijpende gebeurtenissen geweest, die u in verband brengt met uw klachten of problemen?

- nee
 ja, nl.:

Herinnert u zich in uw leven zwaar belastende,
levensbedreigende of traumatische gebeurtenissen?

nee

ja, nl. (meerdere antwoorden mogelijk)

ernstig lichamenteijk letsel

oorlogssituatie

seksuele mishandeling

incest

anderszins, nl.:

Zijn uw klachten vóór of na deze gebeurtenis(sen) ontstaan?

vóór na

Wat heeft u tot nu toe zelf gedaan om van uw klachten af te
komen of uw problemen op te lossen?

Hoe reageert uw omgeving op uw klachten of problemen?

Bent u onder behandeling (geweest) voor uw huidige klachten
of problemen?

nee ja

Zo ja, bij wie, waar en hoe lang?

Naam Beroep Instelling van... tot...

Bent u onder behandeling (geweest) voor andere psychische
klachten of problemen?

nee ja

Zo ja, voor welke klachten, bij wie, waar en hoe lang?

Klachten Naam Beroep Instelling van...
tot...

Bent u onder behandeling (geweest) voor lichamelijke klachten of problemen?

nee ja

Zo ja, voor welke klachten, bij wie, waar en hoe lang?

Klachten Naam Beroep Instelling van...
tot...

Gebruikt u medicijnen?

nee ja

Zo ja, welke en hoeveel per dag?

Naam medicijn Dosering (mg) Aantal per dag

Rookt u?

nee ja

Zo ja, hoeveel per dag?

Gebruikt u of heeft u alcohol gebruikt?

nee ja

Zo ja, wat, hoeveel per dag, sinds waneer en indien u gestopt bent, wanneer?

Soort alcohol Aantal consumpties Sinds... Gestopt in...
per dag

Gebruikt u of heeft u soft- en of harddrugs gebruikt?

nee ja

Zo ja, wat, hoeveel per dag, sinds waneer en indien u gestopt bent, wanneer?

Soort drug Hoeveel per dag Sinds... Gestopt in...

WERK

Beroep:

Huidige werkgever:

Werksituatie:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fulltime | <input type="checkbox"/> parttime, ... % |
| <input type="checkbox"/> huisvrouw/man, sinds... | <input type="checkbox"/> studerend, sinds... |
| <input type="checkbox"/> werkloos, sinds... | <input type="checkbox"/> ziektewet, sinds... |
| <input type="checkbox"/> geheel WAO, sinds... | <input type="checkbox"/> gedeeltelijk WAO, sinds... |
| <input type="checkbox"/> gepensioneerd | <input type="checkbox"/> anders, nl.: |

Wat was/waren uw vorige beroep(en)?

Heeft u problemen op het gebied van:

Werk nee ja, nl.:

Financiën nee ja, nl.:

Huisvesting nee ja, nl.:

OPLEIDING

Volgt u of heeft u één of meer van de volgende opleidingen gevolgd?

School/studie	Voltooid in het jaar	Niet voltooid
---------------	-------------------------	------------------

- Lagere school
- Lager Beroepsonderwijs, nl.:

- (M)ULO, MAVO
- Middelbaar beroepsonderwijs, nl.:

- VWO, HAVO
- Hogerberoepsonderwijs, nl.:

- Universitaire studie, nl.:

- Andere diploma's, nl.:

VRIJETIJDSEBESTEDING

Wat doet u in uw vrije tijd? (hobby's enzovoort)

PARTNER

Heeft u een partner?

nee ja

Wanneer u een partner heeft kunt u de volgende vragen beantwoorden, anders kunt u doorgaan naar de rubriek Kinderen.

Sinds wanneer heeft u een relatie met uw huidige partner?

Naam van uw partner:

Geboortedatum partner:

Beroep Partner:

Werk situatie partner:

<input type="checkbox"/> fulltime	<input type="checkbox"/> parttime
<input type="checkbox"/> huisvrouw/man, sinds...	<input type="checkbox"/> studerend, sinds...
<input type="checkbox"/> werkloos, sinds...	<input type="checkbox"/> ziektewet, sinds...
<input type="checkbox"/> geheel WAO, sinds...	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk WAO, sinds...
<input type="checkbox"/> gepensioneerd	<input type="checkbox"/> anders, nl.:

Is uw partner onder behandeling (geweest) voor psychische klachten of problemen?

nee ja

Zo ja, voor welke klachten, bij wie, waar en hoe lang?

Klachten	Naam	Beroep	Instelling	van...	tot...
----------	------	--------	------------	--------	--------

Is uw partner onder behandeling (geweest) voor lichamelijke klachten of problemen?

nee ja

Zo ja, voor welke klachten, bij wie, waar en hoe lang?

Klachten	Naam	Beroep	Instelling	van...	tot...
----------	------	--------	------------	--------	--------

Hoe is uw relatie met uw partner op de volgende gebieden?

- | | | | |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| a) praten met elkaar | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| b) financiële zaken | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| c) huishouden | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| d) seks | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| e) kinderen | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| f) familie | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| g) schoonfamilie | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| h) vrienden | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |
| I) vrije tijd | <input type="checkbox"/> goed | <input type="checkbox"/> matig | <input type="checkbox"/> slecht |

KINDEREN

Hebt u kinderen uit uw huidige relatie?

- nee ja

Hebt u kinderen uit een vorige relatie?

- nee ja

Als u kinderen heeft kunt u de volgende vragen beantwoorden, anders kunt u doorgaan met rubriek Ouderlijk gezin

Naam	geslacht	geboorte-	thuiswonend	gehuwd
beroep/ school	m/v	datum	ja/nee	ja/nee

Zijn er met één of meer van uw kinderen problemen?

- nee ja, nl.:

OUDERLIJK GEZIN

Zijn uw ouders, of is één van hen, nog in leven?

Vader:

- ja leeftijd:
 nee jaar van overlijden: leeftijd bij
overlijden:

Moeder:

- ja leeftijd:
 nee jaar van overlijden: leeftijd bij
overlijden:

Wat is/was het beroep van uw vader?

Wat is/was het beroep van uw moeder?

Hoe is het contact geweest en hoe is het contact nu met uw vader?

Hoe is het contact geweest en hoe is het contact nu met uw moeder?

Hoeveel kinderen telde uw ouderlijk gezin?
... meisjes en ... jongens

De hoeveelste van de kinderen was u?

Hoe is naar uw mening de sfeer in uw ouderlijk gezin te beschrijven?

SOCIALE CONTACTEN

Bent u tevreden over uw sociale contacten?

ja nee

Zo nee, waarom niet?

Wie zijn de belangrijkste mensen in uw leven (geweest)?

COUNSELLING / BEGELEIDING

Wat zou u willen bereiken met de counselling? (Welke doelstelling(en) wilt u bereiken met de counselling?)

Welke stappen heeft u al gezet om uw doelstelling(en) te bereiken?

Wat verwacht u dat er anders voor u zal zijn als u uw doelstelling(en) heeft bereikt?

Heeft u een idee hoe u dat het beste kunt bereiken en hoe wij u het beste daarmee zouden kunnen helpen?

Wat zullen anderen aan u kunnen merken als u uw doelstelling(en) heeft bereikt?

Verwacht u mogelijke belemmeringen in het bereiken van uw doelstelling(en)? Zo ja welke?

Heeft u zelf nog vragen en/of opmerkingen?

Naam:

Datum: