**Toestemming[[1]](#footnote-1)**

Ik       wens dat (indien van toepassing) de

* **huisarts**  WEL /  NIET geïnformeerd wordt over de psychologische zorg
* **psychiater**  WEL /  NIET geïnformeerd wordt over de psychologische zorg
* **andere hulpverlener**  WEL /  NIET geïnformeerd wordt over de psychologische zorg

Ik geef mijn psycholoog hierbij toestemming tot uitwisseling van informatie in vorm van:

kennisgeving opstart traject na intakegesprek:  huisarts -  psychiater -  andere hulpverlener

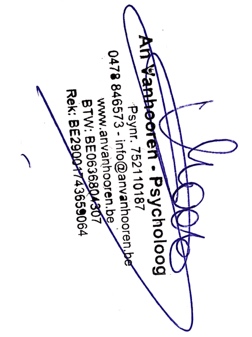
kennisgeving afronding traject (incl verwijzing):  huisarts -  psychiater -  andere hulpverlener

delen van functioneel bilan/verslag:  huisarts -  psychiater -  andere hulpverlener



mondeling overleg  huisarts -  psychiater -  andere hulpverlener

Datum



Handtekening cliënt       Handtekening psycholoog

**Datum van aanmelding:**

FUNCTIONEEL BILAN / VERSLAG

Rechtstreeks toegankelijke eerstelijnspsychologische zorg – max. 8 sessies (45 min) / 12 maand (11€/4€)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Contactgegevens cliënt | | | | | | |
| **Familienaam** |  | | | **Voornaam** | |  |
| **Geboortedatum** |  | | **Rijksregisternummer** | | |  |
| **Straat - nr** |  | | **postcode - gemeente** | | |  |
| **Geslacht** |  | | | | | |
| **Eventuele voogd, contactpersoon, …** | |  | | | | |
| **Recht op verhoogde tegemoetkoming** | | | | | Ja  Nee | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indien van toepassing: Gegevens verwijzer | | | | | |
| **Naam** |  | **Voornaam** | |  | |
| **Adres** |  | | **Telefoon** | |  |
| **Functie** |  | **Organisatie** | |  | |
| **Datum verwijzing** |  | | | | |
| **Opmerkingen** |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gegevens huisarts | | | |
| **Naam** |  | | |
| **Adres** |  | **Telefoon** |  |
| **Riziv Nr** |  | **Email** |  |
| **Datum verwijzing** |  | | |
| **Opmerkingen** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| indien van toepassing: Gegevens andere hulpverlener | | | | | | |
| **Naam** |  | **Voornaam** |  | | | |
| **Adres** |  | | | | **Telefoon** |  |
| **Functie** |  | **organisatie** | |  | | |
| **Opmerkingen** |  | | | | | |

**Situatie bij aanmelding:**

**Klachten** (denk aan bv: waar heb je last van? Sinds wanneer? Had je eerder al deze klachten? Lichamelijke, mentale, emotionele, relationele klachten, …? Angsten, depressiviteit, stress, …)

**Omstandigheden** (denk aan bv: huidige situatie, voorgeschiedenis, leefsituatie, relationeel, financieel, steunfiguren, werk/studie, …)

**Persoonlijke stijl** (denk aan bv: Hoe ga je om met moeilijkheden? Wat zijn je sterktes en je valkuilen? …)

Neemt u medicatie?  nee  Ja, nl.

Bent u in ziekteverlof?  nee  Ja, sinds

**Hulpvraag** (denk aan bv: Wat heb je nodig? Wat verwacht je van de pscyholoog? Welk doel wil je bereiken?)

1. De informatie is beperkt tot het strikt noodzakelijke en in het belang van de patiënt (cf. artikel 33 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen; en conform de wet op de patiëntenrechten) [↑](#footnote-ref-1)