



**STOERKRACHT**  
rouw- en verliesbegeleiding

## Begeleidingsovereenkomst

Voornaam:

Achternaam:

Straat en huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Mobiel:

Emailadres

Geboortedatum:

Geslacht: m / v / gn

Burgerlijke staat:

Zorgverzekering naam/nummer

Beroep:

Werkzaam bij:.

Naam huisarts:

Telefoon:

Gezinssituatie:

Naam verwijzer:

Telefoonnummer verwijzer



### 3. Raadpleging

Welke artsen zijn er geconsulteerd?

Huisarts                      Specialiste                      Psycholoog                      Psychiater

Heb je ook (een) andere hulpverlener geraadpleegd?                      Ja                      nee

Zo ja, (wie) welke?

Is er een diagnose gesteld?                      Ja                      nee

Zo ja, door wie?

Huisarts                      Specialist                      psycholoog/hulpverlener                      psychiater

Welke diagnose is gesteld?

### 4. Eerder behandelingen/gebruik medicijnen/ middelen

Ben je al eerder in begeleiding geweest vanwege verlies of andere problematiek?

Ja                      nee

Zo ja, bij wie?

Wat was het resultaat van de behandelingen?

Ben je momenteel onder medische/ psychologische/ psychiatrische behandeling?

Ja                      nee

Zo ja, bij wie?

Gebruik je medicijnen?

Ja                      nee

Zo ja, welke ?

Voorgescreven door:    Huisarts            Specialist            Psychiater

Gebruik je drugs en/ of alcohol?

Ja                            nee

Wat gebruik je en hoeveel?

## 5. Doel van de begeleiding

Wat is het doel van de begeleiding?

Informatie die van belang is voor de begeleiding:

Alle eventuele nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier van de huisarts, zijn voor de verantwoordelijkheid van de cliënt.

De algemene voorwaarden behoren standaard bij deze begeleidingsovereenkomst.

Datum:

Plaats:

Naam:

Jacqueline Drop-Pullens

Handtekening cliënt

handtekening begeleider/ therapeut

