

Annemieke van Nunen Persoongericht-experiëntieel Psychotherapeut en GZ-Psycholoog

**Big-nummers PT-3991 4321 825 | GZ-5991 4321 816**

Adres Leest 12, 5641 ND Eindhoven

Telefoon 06 51552167

Website www.psychotherapiepraktijkamavannunen.nl

Email-adres beveiligd emailen via contact pagina website

**Intake-vragenlijst – Individuele psychotherapie**

Doel van deze vragenlijst is kennis en inzicht te verkrijgen in uw aanmeldingsklachten en uw levensgeschiedenis.

Naast de beschrijving van hetgeen gebeurd is, zijn juist emotioneel beladen momenten van groot belang. Zo levert u een belangrijke bijdrage aan het intake-onderzoek.

Het is raadzaam onderstaande vragen persoonlijk en in alle rust te beantwoorden.

Als u bepaalde vragen niet wenst te beantwoorden geef dat dan aan bij de betreffende vraag.

De door u verstrekte informatie wordt vertrouwelijk behandeld en geheimhouding wordt verzekerd. De informatie wordt opgenomen in uw digitale beveiligde cliëntendossier. Aan geen enkele buitenstaander wordt toegestaan de gegevens te lezen zonder uw schriftelijke toestemming.

Wilt u deze vragenlijst zo volledig en nauwkeurig mogelijk invullen en uiterlijk 7 dagen voor de eerste afspraak retourneren naar bovengenoemd email-adres.

U kunt het formulier het beste eerst downloaden, dan digitaal invullen op de blauwe balken en vervolgens via de beveiligde email Zivver naar mij retourneren.

**Persoonlijke informatie**

**(als er niets is gewijzigd in de persoonlijke informatie kunt u verwijzen**

**naar het formulier aanmelding)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titularia (bv drs, msc, ir)** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Roepnaam** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode / Woonplaats** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Geboorteplaats**  |  |
| **Burgerlijke staat** |  |
| **Telefoon - vast** |  |
| **Telefoon - mobiel**  |  |
| **E-mail adres** |  |
| **BSN / Sofinummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer verzekering** |  |
| **Aard legitimatiebewijs** | Paspoort / rijbewijs |
| **Nummer legitimatiebewijs** |  |
| **Naam praktijk huisarts** |  |
| **Volledige naam huisarts** |  |
| **Adres en postcode huisarts** |  |
| **Telefoon huisarts** |  |

**Aanmeldreden en klachtenanalyse**

Vermeld in uw eigen woorden de aard van uw belangrijkste klachten / problemen.

|  |
| --- |
|  |

Sinds wanneer bestaan deze klachten / problemen?

|  |
| --- |
|  |

Wat is volgens u de aanleiding en/of oorzaak van de klachten/problemen (geweest)?

|  |
| --- |
|  |

Wat heeft u zelf al geprobeerd om de klachten/problemen aan te pakken?

Wat werkte daarin goed en waar kwam dat door?

|  |
| --- |
|  |

Door wie bent u verwezen naar een psychotherapeut en hoe staat u tegenover deze verwijzing?

|  |
| --- |
|  |

Wat is de reden dat u nu (of opnieuw) hulp zoekt?

|  |
| --- |
|  |

**Medicatie, overige middelen en/of medische gegevens die van belang zijn**

Welke eventuele medicijnen gebruikt u momenteel (type/ naam/ dosering), waarvoor gebruikt u deze medicijnen en sinds wanneer?

|  |
| --- |
|  |

Gebruik middelen
Geef aan of u een of meerdere van de volgende middelen gebruikt en in welke hoeveelheden

(bijv. aantal glazen per week).

|  |  |
| --- | --- |
| Middel | Wat en frequentie |
| Nicotine |  |
| Koffie  |  |
| Alcohol  |  |
| Softdrugs |  |
| Harddrugs  |  |
| Games  |  |
| Ander nl. |  |

Bent u momenteel onder behandeling van een arts?

Zo ja, bij wie, sinds wanneer en waarvoor?

|  |
| --- |
|  |

**Hulpverleningsgeschiedenis, huidige vormen van hulp en resultaten**

Heeft u eerder psychologische behandeling gehad of een intakeprocedure doorlopen bij een instelling of vrijgevestigde behandelaar?

Zo ja, waarvoor was u in behandeling en bij wie / welke instelling?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Periode** . jaar. frequentie | **Naam Instelling**  | **Type behandeling**psychotherapie, ondersteunend, groep, medicatie, training etc. | **Naam/functie behandelaar/ adres en telefoonnummer** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Indien ja bij vorige vraag.

Wat was de reden voor deze behandelingen, wat was het resultaat van de behandeling en wat was de reden van beëindiging van deze behandeling(en)?

|  |
| --- |
|  |

**Automutilatie / Suïcidaliteit**

Heeft u in heden of verleden u zelf opzettelijk verwond (automutilatie)?

|  |
| --- |
|  |

Zo ja, beschrijf dan wanneer en op welke wijze er sprake was van automutilatie.

|  |
| --- |
|  |

Heeft u in heden of verleden doodswens gehad (suicidaliteit)?

|  |
| --- |
|  |

Zo ja, beschrijf dan wanneer en welke gedachten u had en/of tot welke daden u bent gekomen in het kader van suicidaliteit.

|  |
| --- |
|  |

**Hulpvraag / therapieverwachting**

| Veranderingswensen |
| --- |
| wat zou u willen veranderen | nodig | doel |
| 1  |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

Welke verwachting(en) heeft u van de behandeling?

|  |
| --- |
|  |

**Huidige leefsituatie**

**Partnerrelatie**

**Indien u momenteel een partner heeft:**

Welke vorm heeft de relatie (bv. gehuwd, samenwonen, lat-relatie)?

|  |
| --- |
|  |

Wat is zijn/ haar naam en leeftijd?

|  |
| --- |
|  |

Hoe lang bestaat deze relatie?

|  |
| --- |
|  |

Vertel iets over de persoonlijkheid van uw partner.

|  |
| --- |
|  |

Kunnen u en uw partner gevoelszaken delen met elkaar?

|  |
| --- |
|  |

Welke zaken waardeert u het meest in hem/ haar, welke minder?

|  |
| --- |
|  |

Op wat voor wijze hebben u en uw partner evt. grote problemen zelf opgelost in het verleden?

|  |
| --- |
|  |

**Indien u gescheiden bent:**

Wanneer ben u gescheiden?

|  |
| --- |
|  |

Hoe lang bestond de relatie?

|  |
| --- |
|  |

**Indien u weduwe / weduwnaar bent:**

Hoe lang bent u weduwe / weduwnaar?

|  |
| --- |
|  |

Hoe lang bestond de relatie?

|  |
| --- |
|  |

| **Huidige partnerrelatie**  |
| --- |
|  **Hier ben ik tevreden over** | **Hier ben ik nog niet tevreden over** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kinderen** | Voornaam  | M / V  | Geboortedatum | Eigen-,Stief-,Pleegkind | School /Beroep | Thuis of Uit-wonend |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

Wat maakt u trots op uw kinderen?

|  |
| --- |
|  |

Levert een van uw kinderen problemen op, thuis en/of op school?

Zo ja, wat is de aard van de problemen.

|  |
| --- |
|  |

Hoe pakt u eventuele problemen met uw kinderen aan?

|  |
| --- |
|  |

Kunt u een beschrijving geven van uw contact met de kinderen?

|  |
| --- |
|  |

Is er iets wat u aan het contact met hen zou willen veranderen?

|  |
| --- |
|  |

Overige opmerkingen die u rondom u kinderen zou willen maken.

|  |
| --- |
|  |

Heeft u of uw partner een miskraam gehad of een abortus ondergaan?

|  |
| --- |
|  |

Zijn er aanwijzingen dat de situatie waarin u leeft of uw gezondheidstoestand risico’s opleveren voor uw kind(eren)?

|  |
| --- |
|  |

**Werk / inkomen**

Wat is uw huidige bron van inkomen (bv. loon, uitkering)?

|  |
| --- |
|  |

Indien van toepassing: Kunt u iets vertellen over uw functioneren op uw werk?

|  |
| --- |
|  |

Bent u met ziekteverlof?

Zo ja, sinds wanneer?

|  |
| --- |
|  |

| **Werkervaring** |
| --- |
| **Functie / omvang** | **van** | **tot** | **Reden vertrek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **Mijn 5 sterkste kanten in werk** | **Mijn 5 ontwikkel kanten in werk** |
| --- | --- |
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |
| 4  | 4 |
| 5 | 5 |

**Conclusies over werk / inkomen**

Wat valt u op in bovenstaande gegevens over uw werk?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u het idee dat u hebt gedaan wat u wilde?

|  |
| --- |
|  |

Bent u tevreden met uw werk?

Zo nee, kunt u dit toelichten.

|  |
| --- |
|  |

Bent u redelijkerwijs tevreden met uw inkomen?

|  |
| --- |
|  |

Hoe is uw woonsituatie?

|  |
| --- |
|  |

Hoe is uw financiële situatie?

|  |
| --- |
|  |

**Sociaal netwerk**

Hebt u vrienden / kennissen?

|  |
| --- |
|  |

Maakt u gemakkelijk vrienden?

|  |
| --- |
|  |

Kunt u vrienden ook houden?

|  |
| --- |
|  |

Bent u ooit gepest of ernstig gekweld?

|  |
| --- |
|  |

Vertel een positieve en negatieve ervaring met een vriend(in)

|  |
| --- |
|  |

**Hobby’s, sport, overige activiteiten**

Hoe vult u uw vrije tijd in?

|  |
| --- |
|  |

Wat zijn uw huidige interesses, hobby’s en activiteiten?

|  |
| --- |
|  |

Bent u lid van een vereniging?

Zo ja, welke?

|  |
| --- |
|  |

**Religie / spiritualiteit / levensovertuiging**

Heeft u een geloofs-, spirituele of levensovertuiging?

|  |
| --- |
|  |

Bent u in het dagelijks leven hier actief mee bezig?

|  |
| --- |
|  |

Zo ja, kunt u daar iets over vertellen (bv. hoe, betekenis)

|  |
| --- |
|  |

**Levensgeschiedenis**

**Gezin van herkomst (stamgezin)**

Geef een korte beschrijving van uw stamgezin.

|  |
| --- |
|  |

Indien u niet bent grootgebracht bij uw ouders: wie heeft u en in welke periode dan

opgevoed?

|  |
| --- |
|  |

Wat was uw rol in het gezin?

|  |
| --- |
|  |

Waren er probleemkinderen in het stamgezin?

|  |
| --- |
|  |

Hebben zich Ingrijpende gebeurtenissen of situaties binnen het gezin voorgedaan?

|  |
| --- |
|  |

|  **3 sterkste kanten van uw stamgezin** | **3 zwakste kanten van uw stamgezin** |
| --- | --- |
| 1  | 1  |
| 2  | 2  |
| 3  | 3  |

**Vader**

Geef een beschrijving van uw vader (geboortejaar, karakter, zijn houding tov u, etc.)

|  |
| --- |
|  |

Hoe beleeft / beleefde u de band met uw vader?

|  |
| --- |
|  |

Voelde u zich veilig bij hem?

Hoe kwam dat?

|  |
| --- |
|  |

Wat doet / deed hij voor werk?

|  |
| --- |
|  |

Wat zou u (of had u) ooit nog tegen hem willen zeggen?

|  |
| --- |
|  |

**Moeder**

Geef een beschrijving van uw moeder (geboortejaar, karakter, haar houding tov u, etc.)

|  |
| --- |
|  |

Hoe beleeft / beleefde u de band met je moeder?

|  |
| --- |
|  |

Voelde u zich veilig bij haar? Hoe kwam dat?

|  |
| --- |
|  |

Heeft / had uw moeder een baan buitenshuis? Zo ja, wat doet / deed zij?

|  |
| --- |
|  |

Wat zou u (of had u) ooit nog tegen haar willen zeggen?

|  |
| --- |
|  |

**Client / Uzelf**

Wat weet u van de periode voor uw geboorte?

|  |
| --- |
|  |

Was uw geboorte gepland / gewenst?

|  |
| --- |
|  |

Wat weet u van uw geboorte?

|  |
| --- |
|  |

Geeft onderstaande tabel met een X aan welk verschijnsel(en) u tijdens uw jeugd vertoonde.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heimwee |  | Nagelbijten |  | Slaapwandelen |  |
| Moeilijk logeren |  | Stotteren |  | Nachtelijke angsten |  |
| Moeilijk inslapen |  | woedeaanvallen |  | Bedplassen  |  |

Had u een knuffel?

|  |
| --- |
|  |

Andere bijzonderheden?

|  |
| --- |
|  |

Hoe was uw gezondheid in het eerste levensjaar (bv. huidaandoeningen, voedingsstoornissen)

|  |
| --- |
|  |

Hoe was uw gezondheid gedurende uw kinderjaren?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziektes heeft u toen gehad?

|  |
| --- |
|  |

Hoe was uw gezondheid gedurende de puberteit?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziektes hebt u toen gehad?

|  |
| --- |
|  |

Ben u wel eens in een ziekenhuis opgenomen geweest?

Zo ja, wanneer en waarvoor?

|  |
| --- |
|  |

Ben u wel eens geopereerd?

Zo ja, wanneer en waarvoor?

|  |
| --- |
|  |

Heb u ooit een ongeluk gehad?

Zo ja, wanneer en met wat voor letsel?

|  |
| --- |
|  |

Wanneer en hoe hebt u uw eerste kennis omtrent seksualiteit verkregen?

|  |
| --- |
|  |

Hoe oud was u ten tijde van uw eerste seksuele ervaringen?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u nare ervaringen gehad op seksueel gebied?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u ooit enige angst en/of schuldgevoelens ervaren die voortkwamen uit seksuele omgang of zelfbevrediging?

Zo ja, kunt u dit toelichten

|  |
| --- |
|  |

Hebt u seksualiteit ooit als probleem ervaren?

|  |
| --- |
|  |

Bent u tevreden over de manier waarop u nu met seksualiteit omgaat?

Zo ne, kunt u dit toelichten

|  |
| --- |
|  |

Indien van toepassing

Op welke leeftijd werd u voor het eerst ongesteld?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u altijd regelmatig gemenstrueerd?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u veel last voor / tijdens menstruatie?

|  |
| --- |
|  |

Beinvloeden de menstruaties uw stemming?

|  |
| --- |
|  |

Wanneer begon de overgang?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u last van overgangsklachten?

|  |
| --- |
|  |

Beinvloeden de klachten uw stemming of functioneren?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Broers / zussen** |  |  |  |
| **Voornaam** | **M / V** | **Geboortejaar** | **Typische eigenschap(pen) / contact** |
| 1  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**Conclusies over uw ouderlijk gezin**

Hoe was / is de verstandhouding tussen uw ouders?

|  |
| --- |
|  |

Wat valt u op in bovenstaande gegevens over uw ouderlijk gezin?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u het idee dat u op een goede manier ‘los’ bent gekomen van thuis?

|  |
| --- |
|  |

Geef een indruk van de sfeer in uw stamgezin.

|  |
| --- |
|  |

Welk gevoel overheerst als u aan ‘thuis’ terugdenkt?

|  |
| --- |
|  |

Wil u nog iets ‘doen’ met deze gevoelens?

|  |
| --- |
|  |

**Psychiatrische familieanamnese**

Komen er bepaalde ziektes (bv. erfelijke ziektes, psychische of psychiatrische stoornissen) voor in uw familie?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u een familielid dat verslaafd is een alcohol of drugs?

|  |
| --- |
|  |

**School**

| **Basisschool** |
| --- |
| Soort school |  |
| Beleving |  |
| Rol in de klas |  |
| Vriendjes / vriendinnetjes |  |
| Doublures / In welke klas |  |
| Ingrijpende gebeurtenissen in lagere schoolleeftijd |  |

| **Middelbare school** |
| --- |
| Soort school |  |
| Beleving |  |
| Rol in de klas |  |
| Vrienden/vriendinnen |  |
| Doublures / welke klas |  |
| Diploma / welke jaar |  |
| Ingrijpende gebeurtenissen in middelbare school-leeftijd |  |

| **Voortgezet beroepsonderwijs (MBO, HBO, Universiteit)** |
| --- |
| Soort onderwijs |  |
| Richting/specialisatie |  |
| Beleving |  |
| Rol in de klas/groep |  |
| Vrienden/vriendinnen |  |
| Diploma / welk jaar |  |
| Ingrijpende gebeurtenissen tijdens voortgezet onderwijs |  |

| **Conclusies over je school / opleiding** |
| --- |
| Wat valt u op in bovenstaande gegevens over school en opleiding? |  |
| Hebt u het idee dat u hebt gedaan wat u wilde?  |  |
| Welk gevoel overheerst als u aan ‘school’ terugdenkt? |  |
| Moet u volgens u nog iets ‘doen’ met deze gevoelens? |  |

Welk gevoel overheerst als u over uw loopbaan nadenkt?

|  |
| --- |
|  |

Wil u nog iets ‘doen’ met deze gevoelens?

|  |
| --- |
|  |

**Levende interfererende gebeurtenissen.**

Beschrijf de beangstigende of zorgwekkende ervaring(en) die in uw leven is/zijn voorgevallen

|  |
| --- |
|  |

**Overigen**

Informatie die volgens u van belang kan zijn, maar nog niet is genoemd, kunt u hieronder

vermelden.

|  |
| --- |
|  |