

Aanmeldingsformulier diagnostiek bedrijfszorg

Wilt u dit formulier volledig invullen? Daarna kunnen wij uw aanmelding in behandeling nemen. Indien u nog vragen heeft kunt u bellen met **020-6274947**, vragen naar ARQ Diagnostisch Centrum

De aanmelding kunt u beveiligd mailen naar **diagnostiek@arq.org**

Datum aanmelding	
-------------------------	--

Verwijzing door

Bedrijf/instelling	
Naam en functie verwijzer	
Is betrokkene eerder bij het ADC geweest? Zo ja, in welk jaar?	

Cliënt

Naam en voorletters _____

man/vrouw _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Partner (ja/nee) _____

Gegevens huisarts:

Naam huisarts _____

AGB Code huisarts _____

E-mailadres _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Bij verwijzing politie, brandweer of anders beroepsgerelateerd, vul volgende velden in:

Arbodienst _____

Naam bedrijfsarts _____

AGB Code bedrijfsarts _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Bij verwijzing door brandweer:

Vrijwillig of beroeps? _____

Andere betrokken behandelaars:

Naam

Praktijk / GGZ-instelling

E-mailadres

Onderzoeksvraag

Trauma achtergrond, welke schokkende gebeurtenissen of incidenten hebben er plaatsgevonden (en wanneer vond dit plaats)

Overige actuele stressoren

Vermoeden belaste voorgeschiedenis

Huidige psychische klachten

Lichamelijke klachten / beperkingen

Medicijngebruik

Middelengebruik (hoeveelheid, bijv. alcohol, roken, drugs)

Is er vermoeden van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS)? **JA / NEE**

Is er vermoeden van een andere As I stoornis? **JA / NEE**
Zo ja, welke? _____

Is er vermoeden van een As II stoornis? **JA / NEE**
Zo ja, welke? _____

Momenteel onder behandeling?

JA / NEE

Indien JA graag informatie van huidige diagnostiek/behandeling meesturen

Naam instelling

Naam behandelaar

Functie behandelaar

Telefoonnummer behandelaar

Eerder onder behandeling?

JA / NEE

Indien JA graag informatie van eerdere diagnostiek/behandelingen meesturen

Welk jaar

Naam instelling

Naam behandelaar

Functie behandelaar

Overige opmerkingen/vragen