|  |  |
| --- | --- |
| **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**