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