|  |  |
| --- | --- |
| **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 **020-6274974**, vragen naar ARQ Diagnostisch Centrum.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum aanmelding** |  |

**Waar werkt cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Bedrijf |  |
| Functie |  |

**Contactpersoon voor offerte/factuur**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| E-mailadres |  |
| Telefoonnummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | | 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 |  |
|  |  |

**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 post-traumatische stressstoornis (PTSS)?** | JA / NEE |
| **Is er vermoeden van een andere As I stoornis?**  **Zo ja, welke?** | JA / NEE |
| **Is er vermoeden van een As II stoornis?**  **Zo ja, welke?** | JA / NEE |

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