|  |  |
| --- | --- |
| **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 / NEEIndien 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**