

# Intakeformulier Praktijk voor PMT

Naam:		<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum:	BSN:	
Adres:		
Postcode + woonplaats:		
Telefoon:		
E-mailadres:		
School:	Klas:	
Huisarts:		
Medicatie:		
Medische bijzonderheden:		
Voorletters en naam moeder:		
Geboortedatum moeder:	BSN moeder:	
Telefoonnummer moeder:		
E-mailadres moeder:		
Voorletters en naam vader:		
Geboortedatum vader:	BSN vader:	
Telefoonnummer vader:		
E-mailadres vader:		
Samenstelling gezin:	<input type="checkbox"/> tweeoudergezin <input type="checkbox"/> ouders gescheiden	
Bij echtscheiding : andere ouder geïnformeerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Verwijzing huisarts/ specialist aanwezig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Is er momenteel hulp voor uw kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Zo ja, waar wordt uw kind geholpen?		
Heeft u een aanvullende zorgverzekering?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Zo ja, bij welke maatschappij is uw kind verzekerd?:		
Financiering:	<input type="checkbox"/> gemeente <input type="checkbox"/> pgb <input type="checkbox"/> zorgverzekering <input type="checkbox"/> instelling	
Indien instelling, naam:		
Contactpersoon bij de gemeente (indien van toepassing):		
Contactgegevens medewerker gemeente:		
Eventuele andere contactpersonen:		

Hulpvraag

Eerder onderzoek verricht / eerdere behandeling uitgevoerd of nog in behandeling?

Intake verricht door:

Datum: