## Formulaire d’inscription



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numéro BSN (burger service nummer, numéro d’identité):** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Nom de famille:** | | |  | | | | | Initiales: | | | |  | | | | | Prénom: |  | |
| **Adresse:** |  | | | | | | | **Code postal:** | | | | |  | | | | Localité: |  | |
| **Date de naissance (jj-mm-aaaa):** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Numéro de téléphone fixe:** | | | | |  | | | | | **Portable:** | | | | |  | | | |
| **Adresse e-mail [[1]](#footnote-1):** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pièce d’identité (numéro du passeport):** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Personne à contacter en cas d’urgence (nom, relation, téléphone)** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Assurance:** | |  | | | | **Numéro de la police d’assurance:** | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Comment avez-vous entendu parler de Doe-Psy?** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Votre médecin généraliste (« huisarts ») | | | | | | | | | |
| **Nom:** | Monsieur/Madame | | | | | Initiales: |  | | |
| **Adresse:** | |  | | **Code postal:** |  | | | Localité: |  |
| **Numéro de téléphone:** | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Raisons de votre inscription | | | | | | | |
| **Quels sont vos troubles/problèmes?** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| A quel degré estimez-vous vos problèmes actuels? | | | | | | | |
|  | Très grave |  | Grave |  | Modéré |  | Léger |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A quand remonte(nt) ce(s) trouble(s)?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Pourquoi recherchez-vous de l’aide *en ce moment*?** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Suivez-vous en ce moment un traitement?** |  | **Oui** |  | **Non** |  |
| **Si oui, quel traitement et où?** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Traitements suivis dans le passé | | | | | | | |
| **Avez-vous dans le passé suivi un traitement pour des problèmes psychiques?** | | | |  | **Oui** |  | **Non** |
| **Si oui, veuillez remplir s.v.p. ci-dessous.** | | | | | | | |
| **Problèmes** | **Thérapeute** | **Période du traitement** | **Sorte de traitement** | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |

En retournant ce formulaire d’inscription, vous acceptez les conditions suivantes :

* J’accepte que mon médecin généraliste/médecin qui m’a prescrit ce traitement soit tenu au courant des données principales, comme le diagnostic, le conseil de traitement, et comment le traitement s’est effectué.
* J’accepte que mon thérapeute consulte ses collègues de façon anonyme sur mes données diagnostiques et de traitement.
* J’accepte de remplir des questionnaires sur ma santé psychique, dans tous les cas avant le traitement et à la fin du traitement (Routine Outcome Monitoring “ROM”). J’accepte que les données de ROM sont retransmises anonimement à ‘Akwa GGZ’ (faites-moi savoir dans les remarques ci-dessous si vous n’êtes pas d’accord).
* J’accepte que mon assureur reçoive les informations obligatoires à transmettre de par la loi (votre dossier est confidentiel)
* J’accepte que mon dossier peut être controlé à des fins de contrôle de qualité (faites-moi savoir dans les remarques ci-dessous si vous n’êtes pas d’accord).
* Je suis informé et accepte les tarifs et conditions de payement de Doe-Psy (voir [www.doe-psy.nl](http://www.doe-psy.nl)). En particulier, ne pas venir à un rendez-vous ou annuler moins de 24 heures par avance coute EUR 50,-.

|  |
| --- |
| **Avez-vous des remarques?** |
|  |

Veuillez vous inscrire (gratuitement) sur [https://doe-psy.karify.com/public/membership](https://doe-psy.karify.com/public/membership/). Dès que votre compte est activé (il peut parfois durer quelques temps jusqu'à ce que votre inscription soit acceptée). Ensuite, envoyez-moi par email dans Karify un message auquel vous annexez ce formulaire d'inscription (et l'ordonnance pour 'Specialistische GGZ' si vous l'avez reçue vous-même). Dès que j'ai reçu votre ordonnance et formulaire d'inscription, vous pouvez me joindre pour fixer un rendez-vous: 06-13653100 (veuillez laisser éventuellement un message et je vous rappellerai). Naturellement, vous pouvez aussi m'appeler si vous avez des questions.

N’oubliez pas de prendre les documents suivants lors du premier rendez-vous :

* une pièce d’identité valable,
* une carte ou attestation de votre assurance-maladie,

|  |
| --- |
| Vous trouverez plus d’informations sur [www.doe-psy.nl](http://www.doe-psy.nl) et [www.vgct.nl](http://www.vgct.nl) et [www.lvvp.nl](http://www.lvvp.nl) (en néerlandais) |

1. En donnant votre adresse email, vous acceptez les risques de la correspondance par email. Doe-Psy/Rob Faltin décline toute responsabilité liée à l’utilisation d’emails ou d’internet. [↑](#footnote-ref-1)