



Algemeen	
Aanmelddatum	
Wijze van aanmelding	email/post/fax

Algemene gegevens	
Naam (eigen naam)	man/vrouw
Voorletter(s)	Voornaam
Tussenvoegsels	
Naam echtgenoot	
Presentatiewijze naam *	<input type="checkbox"/> eigen naam <input type="checkbox"/> naam echtgenoot <input type="checkbox"/> naam echtgenoot- eigen naam
Geboortedatum	Leeftijd: jaar maanden
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoon privé	geheim nummer: ja/nee
Telefoon mobiel	
Telefoon werk	
E-mailadres	
E-mailadres ouders	
Naam Zorgverzekeraar	
Polisnummer	
Burgerservicenummer (BSN)	

Huidige behandeling	
Bent u momenteel in behandeling?	ja/nee
indien ja,	Bij welke instelling? Graag de naam van uw hoofdbehandelaar en uw diagnose (indien u die weet) vermelden.
	Gaat het om een klinische behandeling?
indien ja,	Wat is de duur?
	Hebben er direct voorafgaande aan de huidige behandeling andere (somatische) klinische behandeling(en) plaatsgevonden?
indien ja,	Waar en hoe lang?
Is er sprake van een wettelijke maatregel?	ja/nee zo ja, welke (IBS/RM)
Is uw huidige behandelaar op de hoogte van uw aanmelding?	ja/nee



Loopt er momenteel een aanmeldprocedure bij een andere instelling voor dezelfde klachten? (het is niet de bedoeling/ niet mogelijk dat dit het geval is)	ja/nee	Zo ja, in welke fase zit u momenteel?
Bent u korter dan 3 maanden geleden uit behandeling gegaan bij GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula?	ja/nee	Zo ja, wie was toen uw hoofdbehandelaar?

Verwijzer		
Bent u verwezen?	ja/nee	
Wat is de naam ?		man/vrouw
Wat is de functie? Bij welke instelling?		
Adres		
Postcode en plaats		
Telefoonnummer		
Praktijknaam huisarts		
Naam van uw huisarts	Voorletter(s):	man/vrouw
Adres		
Postcode en plaats		
Telefoonnummer		

Heeft u bezwaar tegen berichtgeving aan uw:	Huisarts	ja/nee
	Verwijzer	ja/nee
	Huisadres	ja/nee
Heeft u er bezwaar tegen als wij contact opnemen met uw verwijzer?	ja/nee	

Wat is uw reden van aanmelding/ wat zijn uw klachten?
--



--

Klachten		
Heeft uw eetprobleem/eetstoornis een grote invloed op uw dagelijks leven?	ja/nee	
Op het gebied van		
Sport	ja/nee	
Sociale contacten	ja/nee	
Werk	ja/nee	
Opleiding/school	ja/nee	
Hoe lang spelen er al eetproblemen?		
Volgt u een speciaal dieet? (bijv. een bepaald eetpatroon, eetlijst van een diëtiste, zo min mogelijk of bepaalde voedingsproducten niet mogen eten?)	ja/nee toelichting:	
Heeft u last van eetbuien?	ja/nee	
Zo ja, kunt u een beschrijving geven van een gemiddelde eetbui?	omschrijving:	
Heeft u controle over de eetbui?	ja/nee	
Hoe lang duurt een gemiddelde eetbui?		
Compenseert u wat u eet?	ja/nee	
	zo ja, op welke manier(en):	
	Braken	ja/nee
	Laxeermiddelen	ja/nee
	Overmatig bewegen	ja/nee
	Eten kauwen zonder door te slikken	ja/nee
Bent u in de laatste maand snel afgevallen?	ja/nee	
Wat is uw lengte?	cm	
Wat is uw gewicht?	kg	
Ruimte voor overige aanvullingen:		

Het is niet uitzonderlijk dat er buiten problemen rondom eten meer klachten of problemen aanwezig zijn. Indien dit het geval is, is er sprake van comorbiditeit.

Comorbiditeit	
Heeft u lichamelijke klachten/ aandoeningen/ ziekten?	ja/nee zo ja, toelichting:
Heeft u naast het eetprobleem last van andere psychische klachten of problemen die van belang zijn om te vermelden (bijv. gerelateerd aan stemming of angst)?	ja/nee zo ja, toelichting:

Heeft u voorkeur voor een bepaald soort behandeling?	
Ambulante behandeling (1a 2 x per week)	
Intensieve behandeling (aantal dagdelen, met of zonder verblijf)	
Zijn er zaken die u zouden kunnen belemmeren? (bijv. reistijd, kosten, huisvesting?)	ja/nee Zo ja, toelichting:

Eerdere behandelingen of gesprekken (indien het om een jeugdige gaat, kan dit ook gaan over gesprekken op school)			
Instelling	Periode	Reden/klachten	Diagnose

Systeem	
Hoe ziet uw woonsituatie eruit?	
Hoe ziet uw werk of schoolsituatie eruit?	
Zijn uw ouders of partner (of andere belangrijke anderen) op de hoogte?	ja/nee
Wij zijn gewend om voor u belangrijke anderen zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken. Heeft u daar bezwaar tegen?	ja bezwaar / nee geen bezwaar

Indien nee: dit betekent dat we bij de intake een apart gesprek plannen met u en uw belangrijke anderen. Wie zou u willen betrekken?	
---	--

Belangrijke anderen	
Naam (eigen naam)	man/vrouw
Voorletter(s)	Voornaam:
Tussenvoegsel(s)	
Aard van relatie	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	

Belangrijke anderen	
Naam (eigen naam)	man/vrouw
Voorletter(s)	Voornaam:
Tussenvoegsel(s)	
Aard van relatie	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	

Vragenlijst digitaal of op papier invullen

Voorafgaand aan uw intake krijgt u per post een pakketje met vragenlijsten toegestuurd. Deze kunt u zowel op papier als digitaal retourneren naar GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula. Indien u de keuze wilt hebben om deze digitaal in te vullen dan krijgt u een persoonlijke inlogcode meegestuurd.

Wilt u deze vragenlijsten digitaal invullen?

ja/nee

Ondersteuning van een ervaringsdeskundige per chat of e-mail (kosteloos en anoniem)

Vanwege een lopend onderzoek naar ondersteuning van ervaringsdeskundigen is het momenteel helaas niet mogelijk om gebruik te maken van ondersteuning van een ervaringsdeskundige buiten het onderzoek om.

Wel kun je je aanmelden voor het onderzoek naar het zelfmonitoringsprogramma Featback en de toegevoegde waarde van ondersteuning van een ervaringsdeskundige. Als je benieuwd bent naar Featback en/of ondersteuning van een ervaringsdeskundige kun je op www.featback.nl/onderzoek meer informatie vinden of stuur een mail met je vragen naar zelfhulp.eetstoornissen@rivierduinen.nl.