**Praktijk Psychomotoriek**
ZIN - Behandelovereenkomst
 Startdocument

Hulpverlener: Ard van Pelt
NFG registratienummer 90012551

Informatie over de cliënt

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Waaruit bestaat de hulpvraag?

Hoe lang speelt deze situatie al?

Heeft uw kind in het verleden andere behandelingen gevolgd? Ja/Nee

Zo ja, welke?

Is er in het verleden een diagnose gesteld? Ja/Nee

Zo ja welke?

Zijn daar adviezen uit voortgekomen?

Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe?

Volgt uw kind op dit moment een ander behandeltraject?

Zo ja, welke?

Zijn er in het verleden situaties geweest die volgens u van (grote) invloed waren op de ontwikkeling van uw kind?

Overige opmerkingen:

Datum: Plaats:

Ard van Pelt - Psychomotorisch therapeut

****Naam cliënt:

Handtekening cliënt: (12-18 jaar):

Handtekening ouder en/of verzorger: