

Mw. Drs. AMA van Nunen [a.van.nunen@onsneteindhoven.nl](mailto:a.m.a.van.nunen@onsneteindhoven.nl)

Leest 12, 5641 ND Eindhoven

GZ-Psycholoog en Cliëntgericht Psychotherapeut 06 – 51552167

**Intake-vragenlijst - Partnerrelatietherapie**

Doel van deze vragenlijst is kennis en inzicht te verkrijgen in uw aanmeldingsklachten en uw levengeschiedenis.

Naast de beschrijving van hetgeen gebeurd is, zijn juist emotioneel beladen momenten van groot belang. Zo levert u een belangrijke bijdrage aan het intake-onderzoek.

Het is raadzaam onderstaande vragen persoonlijk en in alle rust te beantwoorden.

Als u bepaalde vragen niet wenst te beantwoorden geef dat dan aan bij de betreffende vraag.

De door u verstrekte informatie wordt vertrouwelijk behandeld en geheimhouding wordt verzekerd. De informatie wordt opgenomen in uw digitale beveiligde clientendossier. Aan geen enkele buitenstaander wordt toegestaan de gegevens te lezen zonder uw schriftelijke toestemming.

Wilt u deze vragenlijst zo volledig en nauwkeurig mogelijk invullen en uiterlijk 7 dagen voor de eerste afspraak retourneren naar bovengenoemd email-adres.

U kunt de lijst ook printen, invullen en retourneren naar bovengenoemd postadres.

**Persoonlijke informatie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titularia (bv drs, msc, ir)** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Roepnaam** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode / Woonplaats** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Geboorteplaats** |  |
| **Burgerlijke staat** |  |
| **Telefoon - vast** |  |
| **Telefoon - mobiel** |  |
| **E-mail adres** |  |
| **BSN / Sofinummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer verzekering** |  |
| **Aard legitimatiebewijs** | Paspoort / rijbewijs |
| **Nummer legitimatiebewijs** |  |
| **Naam praktijk huisarts** |  |
| **Volledige naam huisarts** |  |
| **Adres en postcode huisarts** |  |
| **Telefoon huisarts** |  |

**Aanmeldingsinformatie / voorgeschiedenis**

Heeft u eerder psychologische behandeling gehad of een intakeprocedure doorlopen bij een instelling?

Zo ja, waarvoor was u in behandeling en bij wie / welke instelling?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Periode**  . jaar  . frequentie | **Naam Instelling** | **Type behandeling** psychotherapie, ondersteunend, groep, medicatie, training etc. | **Naam/functie behandelaar/ adres en telefoonnummer** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Indien ja bij vorige vraag:

Wat was de reden voor deze behandelingen en wat was de reden van beëindiging van deze behandeling(en)?

|  |
| --- |
|  |

Vermeld in uw eigen woorden de aard van uw belangrijkste klachten / problemen.

|  |
| --- |
|  |

Sinds wanneer bestaan deze klachten / problemen?

|  |
| --- |
|  |

Wat is volgens u de aanleiding en/of oorzaak van de klachten/problemen (geweest)?

|  |
| --- |
|  |

Wat heeft u zelf al geprobeerd om de klachten/problemen aan te pakken?

Wat werkte daarin goed en waar kwam dat door?

|  |
| --- |
|  |

Wat is de reden dat u nu (of opnieuw) hulp zoekt?

|  |
| --- |
|  |

Door wie bent u verwezen naar een psychotherapeut en hoe staat u tegenover deze verwijzing?

|  |
| --- |
|  |

Wat hoopt u dat het resultaat van de behandeling zal zijn?

|  |
| --- |
|  |

Wat verwacht u van de psycholoog die u behandelt?

|  |
| --- |
|  |

Geef uw 5 belangrijkste angsten aan.

|  |
| --- |
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |

Geef aan, dmv een X te zetten in de betreffende kolom,wat op u van toepassing is.

Geef indien mogelijk een toelichting daarbij.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hoofdpijn |  |  |
| Slapeloosheid |  |  |
| Zelfmoordgedachten |  |  |
| Duizeligheid |  |  |
| Ademhalingsproblemen |  |  |
| Beven |  |  |
| Geen vrienden kunnen  Houden |  |  |
| Darmstoornissen |  |  |
| Gebruik van kalmerende middelen |  |  |
| Geen besluiten kunnen nemen |  |  |
| Slechte omstandigheden thuis |  |  |
| Financiële problemen |  |  |
| Geen eetlust |  |  |
| Nachtmerries |  |  |
| Niet kunnen ontspannen |  |  |
| Flauwtes |  |  |
| Gespannenheid |  |  |
| Blozen |  |  |
| Verlegenheid |  |  |
| Maagpijn |  |  |
| Minderwaardigheids-  gevoelens |  |  |
| Geen baan kunnen houden |  |  |
| Problemen met collega’s op werk |  |  |
| Vermoeidheid |  |  |
| Paniekgevoelens |  |  |
| Neerslachtigheid |  |  |
| Hartkloppingen |  |  |
| Huidaandoeningen |  |  |
| Transpireren |  |  |
| Seksuele problemen |  |  |
| Te eerzuchtig |  |  |
| Niet in staat zijn om het fijn te hebben |  |  |
| Niet houden van weekend en vakantie |  |  |
| Problemen met leidinggevenden |  |  |
| Slecht kunnen inslapen |  |  |
| Concentratieproblemen |  |  |

Zie: volgende pagina

**Stamgezin**

Geef een korte beschrijving van uw stamgezin.

|  |
| --- |
|  |

Indien u niet bent grootgebracht bij uw ouders: wie heeft u en in welke periode dan

opgevoed?

|  |
| --- |
|  |

Wat was uw rol in het gezin?

|  |
| --- |
|  |

Waren er probleemkinderen in het stamgezin?

|  |
| --- |
|  |

Hebben zich Ingrijpende gebeurtenissen of situaties binnen het gezin voorgedaan?

|  |
| --- |
|  |

| **3 sterkste kanten van uw stamgezin** | **3 zwakste kanten van uw stamgezin** |
| --- | --- |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |

**Vader**

Geef een beschrijving van uw vader (leeftijd, karakter, zijn houding tov u, etc.)

|  |
| --- |
|  |

Hoe beleeft / beleefde u de band met uw vader?

|  |
| --- |
|  |

Voelde u zich veilig bij hem?

Hoe kwam dat?

|  |
| --- |
|  |

Wat doet / deed hij voor werk?

|  |
| --- |
|  |

Wat zou u (of had u) ooit nog tegen hem willen zeggen?

|  |
| --- |
|  |

**Moeder**

Geef een beschrijving van uw moeder (leeftijd, karakter, haar houding tov u, etc.)

|  |
| --- |
|  |

Hoe beleeft / beleefde u de band met je moeder?

|  |
| --- |
|  |

Voelde u zich veilig bij haar? Hoe kwam dat?

|  |
| --- |
|  |

Heeft / had uw moeder een baan buitenshuis? Zo ja, wat doet / deed zij?

|  |
| --- |
|  |

Wat zou u (of had u) ooit nog tegen haar willen zeggen?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Broers / zussen** |  |  |  |
| **Voornaam** | **M / V** | **Geboortejaar** | **Typische eigenschap(pen) / contact** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**Conclusies over uw ouderlijk gezin**

Hoe was / is de verstandhouding tussen uw ouders?

|  |
| --- |
|  |

Wat valt u op in bovenstaande gegevens over je ouderlijk gezin?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u het idee dat u op een goede manier ‘los’ bent gekomen van thuis?

|  |
| --- |
|  |

Geef een indruk van de sfeer in uw stamgezin.

|  |
| --- |
|  |

Welk gevoel overheerst als u aan ‘thuis’ terugdenkt?

|  |
| --- |
|  |

Wil u nog iets ‘doen’ met deze gevoelens?

|  |
| --- |
|  |

**School**

| **Basisschool** | |
| --- | --- |
| Soort school |  |
| Beleving |  |
| Rol in de klas |  |
| Vriendjes / vriendinnetjes |  |
| Doublures / In welke klas |  |
| Ingrijpende gebeurtenissen in lagere school-leeftijd |  |

| **Middelbare school** | |
| --- | --- |
| Soort school |  |
| Beleving |  |
| Rol in de klas |  |
| Vrienden/vriendinnen |  |
| Doublures / welke klas |  |
| Diploma / welke jaar |  |
| Ingrijpende gebeurtenissen in middelbare school-leeftijd |  |

| **Voortgezet beroepsonderwijs (MBO, HBO, Universiteit)** | |
| --- | --- |
| Soort onderwijs |  |
| Richting/specialisatie |  |
| Beleving |  |
| Rol in de klas/groep |  |
| Vrienden/vriendinnen |  |
| Diploma / welk jaar |  |
| Ingrijpende gebeurtenissen tijdens voortgezet onderwijs |  |

| **Conclusies over je school / opleiding** | |
| --- | --- |
| Wat valt u op in bovenstaande gegevens over school en opleiding? |  |
| Hebt u het idee dat u hebt gedaan wat u wilde? |  |
| Welk gevoel overheerst als u aan ‘school’ terugdenkt? |  |
| Moet u volgens u nog iets ‘doen’ met deze gevoelens? |  |

**Werk / inkomen**

Wat is uw huidige bron van inkomen (bv. loon, uitkering)?

|  |
| --- |
|  |

Bent u met ziekteverlof?

Zo ja, sinds wanneer?

|  |
| --- |
|  |

| **Werkervaring** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Functie / omvang** | **van** | **tot** | **Reden vertrek** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **Mijn 5 sterkste kanten in werk** | **Mijn 5 ontwikkel kanten in werk** |
| --- | --- |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |

**Conclusies over werk / inkomen**

Wat valt u op in bovenstaande gegevens over uw werk?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u het idee dat u hebt gedaan wat u wilde?

|  |
| --- |
|  |

Bent u tevreden met uw werk?

Zo nee, kunt u dit toelichten.

|  |
| --- |
|  |

Bent u redelijkerwijs tevreden met uw inkomen?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u schulden?

|  |
| --- |
|  |

Welk gevoel overheerst als u over uw loopbaan nadenkt?

|  |
| --- |
|  |

Wil u nog iets ‘doen’ met deze gevoelens?

|  |
| --- |
|  |

**Persoonlijkheid**

Beschrijf hieronder persoonlijke kanten van uzelf waar u zelf of anderen trots op zijn.

Het kan gaan om vaardigheden, karaktereigenschappen of psychologische

eigenschappen.

Wanneer dit zelf niet lukt vraag het dan aan anderen.

| **Mijn talent(en) en/ of sterke eigenschappen** |
| --- |
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |

Wat zijn de 5 belangrijkste dingen (neigingen, houding, gedrag van jezelf) die u in uw leven zou willen veranderen? Wat heeft u daar voor nodig? Wat is uw doel?

| **Veranderingswensen** | | |
| --- | --- | --- |
| **wat ik zou willen veranderen** | **nodig** | **doel** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

Vul de volgende zinnen aan

|  |  |
| --- | --- |
| Ik ben |  |
| Ik ben |  |
| Ik ben |  |
| Ik ben |  |
| Ik voel |  |
| Ik voel |  |
| Ik voel |  |
| Ik voel |  |
| Ik denk |  |
| Ik denk |  |
| Ik denk |  |
| Ik denk |  |
| Ik wil |  |
| Ik wil |  |
| Ik wil |  |
| Ik wil |  |

**Huidige situatie**

**Partnerrelatie**

**Indien u een momenteel een partner heeft:**

Welke vorm heeft de relatie (bv. gehuwd, samenwonen, lat-relatie)?

|  |
| --- |
|  |

Wat is zijn/ haar naam en leeftijd?

|  |
| --- |
|  |

Hoe lang bestaat deze relatie?

|  |
| --- |
|  |

Vertel iets over de persoonlijkheid van uw partner.

|  |
| --- |
|  |

Kunnen jullie gevoelszaken goed delen?

|  |
| --- |
|  |

Welke zaken waardeert u het meest in hem/ haar, welke minder

|  |
| --- |
|  |

Op wat voor wijze hebben jullie evt. grote problemen zelf opgelost in het verleden?

|  |
| --- |
|  |

**Indien u gescheiden bent:**

Wanneer ben u gescheiden?

|  |
| --- |
|  |

Hoe lang bestond de relatie?

|  |
| --- |
|  |

**Indien u weduwe / weduwnaar bent:**

Hoe lang bent u weduwe / weduwnaar?

|  |
| --- |
|  |

Hoe lang bestond de relatie?

|  |
| --- |
|  |

| **Huidige partnerrelatie** | |
| --- | --- |
| **hier ben ik tevreden over** | **hier ben ik nog niet tevreden over** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Hieronder staan een aantal belangrijke aspecten van een partnerrelatie. Deze vragen alleen beantwoorden indien u voor partnerrelatietherapie komt.

Geef een rapportcijfer (1-10) per aspect en per groep/cluster.

**A** **Cijfer** **Toelichting**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Respect voor elkaar |  |  |
| 2. Acceptatie van elkaar |  |  |
| 3. Eerlijkheid |  |  |
| 4. Luisteren naar elkaar |  |  |
| 5. Delen met elkaar |  |  |
| 6. Gelijkwaardig |  |  |
| **Gemiddeld cijfer** |  |  |

**B Saamhorigheid en affectie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. Houden van en laten merken |  |  |
| 8. Elkaar vertrouwen |  |  |
| 9. Gevoelens uiten |  |  |
| 10.Overeenkomstige doelen en opvattingen |  |  |
| 11.Niet zonder de ander kunnen of willen leven |  |  |
| 12.Samen gevoel ervaren |  |  |
| **Gemiddeld cijfer** |  |  |

**C Tevredenheid**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13.Positieve waarde aan jezelf |  |  |
| 14.Positief zelfbeeld |  |  |
| 15.Tevreden met je leven |  |  |
| **Gemiddeld cijfer** |  |  |

**D** **Conflicthantering**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.Effectieve omgang met ruzie en conflicten |  |  |
| 17.Partners praten met elkaar |  |  |
| 18.Oplossingsgericht |  |  |
| **Gemiddeld cijfer** |  |  |

**E** **Intimiteit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19.Intimiteit/knuffelen/aanraken |  |  |
| 20.Sex tevredenheid met kwaliteit en kwantiteit |  |  |
| 21.Op elkaar afgestemde behoeftes |  |  |
| **Gemiddeld cijfer** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kinderen** | Voornaam | M / V | Geboortedatum | Eigen-,  Stief-,  Pleegkind | School /  Beroep | Thuis of  Uit-  wonend |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

Wat maakt u trots op uw kinderen?

|  |
| --- |
|  |

Levert een van uw kinderen problemen op, thuis en/of op school?

Zo ja, wat is de aard van de problemen.

|  |
| --- |
|  |

Hoe pakt u eventuele problemen met uw kinderen aan?

|  |
| --- |
|  |

Kunt u een beschrijving geven van uw contact met de kinderen?

|  |
| --- |
|  |

Is er iets wat u aan het contact met hen zou willen veranderen?

|  |
| --- |
|  |

Overige opmerkingen die u rondom u kinderen zou willen maken.

|  |
| --- |
|  |

Heeft u of uw partner een miskraam gehad of een abortus ondergaan?

|  |
| --- |
|  |

**Vrienden**

Hebt u vrienden / kennissen?

|  |
| --- |
|  |

Maakt u gemakkelijk vrienden?

|  |
| --- |
|  |

Kunt u ook vrienden houden?

|  |
| --- |
|  |

Bent u ooit gepest of ernstig gekweld?

|  |
| --- |
|  |

Vertel een positieve en negatieve ervaring met een vriend(in)

|  |
| --- |
|  |

| **Belangrijkste vrienden** | **wat investeert u?** | **wat ontvangt u?** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wat zijn de 5 belangrijkste groepen mensen in u leven op dit moment (bijv. familie, collega's, gezin, kerk, vrienden, sportclub)? Geef met een cijfer (1-10) aan hoe belangrijk deze groep voor u is. Geef met een ander cijfer aan hoe tevreden u bent over **uw** rol in deze groep.

| **Groep** | **belang-cijfer** | **mijn-rol-cijfer** |
| --- | --- | --- |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

Hoe is uw huisvesting?

|  |
| --- |
|  |

**Vrije tijd / hobby’s**

Hoe vult u uw vrije tijd in?

|  |
| --- |
|  |

Wat zijn uw huidige interesses, hobby’s en activiteiten?

|  |
| --- |
|  |

Bent u lid van een vereniging?

Zo ja, welke?

|  |
| --- |
|  |

**Gezondheid en ziekte**

Wat weet u van de periode voor uw geboorte?

|  |
| --- |
|  |

Was uw geboorte gepland / gewenst?

|  |
| --- |
|  |

Wat weet u van uw geboorte?

|  |
| --- |
|  |

Geeft inderstaande tabel met een X aan welk verschijnsel u tijdens u jeugd vertoonde.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heimwee |  | Nagelbijten |  | Slaapwandelen |  |
| Moeilijk logeren |  | Stotteren |  | Nachtelijke angsten |  |
| Moeilijk inslapen |  | woedeaanvallen |  | Bedplassen |  |

Had u een knuffel?

|  |
| --- |
|  |

Andere bijzonderheden?

|  |
| --- |
|  |

Hoe was uw gezondheid in het eerste levensjaar (bv. huidaandoeningen, voedingsstoornissen)

|  |
| --- |
|  |

Hoe was uw gezondheid gedurende uw kinderjaren?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziektes heeft u toen gehad?

|  |
| --- |
|  |

Hoe was uw gezondheid gedurende de puberteit?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziektes hebt u toen gehad?

|  |
| --- |
|  |

Ben u wel eens in een ziekenhuis opgenoemen geweest?

Zo ja, wanneer en waarvoor?

|  |
| --- |
|  |

Ben u wel eens geopereerd?

Zo ja, wanneer en waarvoor?

|  |
| --- |
|  |

Heb u ooit een ongeluk gehad?

Zo ja, wanneer en met wat voor letsel?

|  |
| --- |
|  |

Bent u momenteel onder behandeling van een arts?

Zo ja, bij wie, sinds wanneer en waarvoor?

|  |
| --- |
|  |

Welke evt. medicijnen gebruikt u momenteel (type/ naam/ dosering) en sinds wanneer?

|  |
| --- |
|  |

Gebruik middelen  
Geef svp aan of u de volgende een of meerdere van de volgende middelen gebruikt en en in welke hoeveelheden (bijv. aantal glazen per week).

|  |  |
| --- | --- |
| **Middel** | **Wat en frequentie** |
| Nicotine |  |
| Koffie |  |
| Alcohol |  |
| Softdrugs |  |
| Harddrugs |  |
| Games |  |
| Ander nl. |  |

Wat is uw lengte?

|  |
| --- |
|  |

Wat is uw gewicht en is uw gewicht constant?

|  |
| --- |
|  |

Komen er bepaalde ziektes (bv. erfelijke ziektes, psychische of psychiatrische stoornissen) voor in uw familie?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u een familielid dat verslaafd is een alcohol of drugs?

|  |
| --- |
|  |

**Seksualiteit**

Wanneer en hoe hebt u uw eerste kennis omtrent seksualiteit verkregen?

|  |
| --- |
|  |

Hoe oud was u ten tijde van uw eerste seksuele ervaringen?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u nare ervaringen gehad op seksueel gebied?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u ooit enige angst en/of schuldgevoelens ervaren die voortkwamen uit seksuele omgang of zelfbevrediging?

Zo ja, kunt u dit toelichten

|  |
| --- |
|  |

Hebt u seksualiteit ooit als probleem ervaren?

|  |
| --- |
|  |

Bent u tevreden over de manier waarop u nu met seksualiteit omgaat?

Zo ne, kunt u dit toelichten

|  |
| --- |
|  |

**Menstruatie en overgang** (indien van toepassing)

Op welke leeftijd werd u voor het eerst ongesteld?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u altijd regelmatig gemenstrueerd?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u veel last voor / tijdens menstruatie?

|  |
| --- |
|  |

Beinvloeden de menstruaties uw stemming?

|  |
| --- |
|  |

Wanneer begon de overgang?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u last van overgangsklachten?

|  |
| --- |
|  |

Beinvloeden de klachten uw stemming of functioneren?

|  |
| --- |
|  |

**Religie / spiritualiteit / levensovertuiging**

Heeft u een geloofs-, sprituele of levensovertuiging?

|  |
| --- |
|  |

Bent u in het dagelijks leven hier actief mee bezig?

|  |
| --- |
|  |

Zo ja, kunt u daar iets over vertellen (bv. hoe, betekenis)

|  |
| --- |
|  |

**Overigen**

Vermeld een of meer beangstigende of zorgwekkende ervaringen die nog niet eerder zijn

genoemd.

|  |
| --- |
|  |

Hoe verliep de moeilijkste periode in uw leven?

|  |
| --- |
|  |

Hebt u ooit uw zelfbeheersing verloren (bv. drift, schreeuwen, agressie)?

Zo ja, kunt u daar iets meer over vertellen?

|  |
| --- |
|  |

Vermeld een of meerdere situaties waarin u zich rustig en ontspannen voelt?

|  |
| --- |
|  |

Informatie die volgens u van belang kan zijn, maar nog niet is genoemd, kunt u hieronder

vermelden.

|  |
| --- |
|  |