

## Behandelplan

Naam: Geboortedatum: Adres: Tel. Nr. Email:	
Naam zorgaanbieder: Adres: Tel. Nr: Email:	Diane Middendorp Laberinto, Praktijk voor Psychosociale therapie Wierinxwal 11 0183-504113 dianemiddendorp@hetnet.nl
Datum:	

**In het intakegesprek kwam het volgende naar voren kwam als ongewenste situatie:**

**Als probleem wordt daarin ervaren:**

**De gewenste situatie wordt als volgt omschreven:**

**Van daaruit zijn we tot de volgende hulpvraag gekomen:**

**Hypothese:**

**Behandeldoelen (Smart geformuleerd):**

**Subdoelen:**

**Methode:**

Er wordt gewerkt vanuit een christelijke levensvisie, met daarbij passende wetenschappelijk verantwoorde methodes zoals: Transactionele analyse, Beeldcommunicatie, Gestalt-therapie en de Rationeel Emotieve Therapie. Per sessie wordt bekeken welke methode of methoden het beste ingezet kunnen worden.

**Start behandeling:**

**Evaluatie behandeling:**

**Frequentie sessies:**

**Frequentie evaluatiemomenten:** Na elke 5de sessie

**Geschatte prognose:** De cliënte is gemotiveerd om aan het werk te gaan met haar hulpvraag.

**Informatie naar verwijzer:** Ja/Nee

**Overige afspraken:**

Duur van een sessie : 60 min.  
Kennismakingsgesprek : gratis

Kosten intake : € 67,50  
Kosten per sessie : € 67,50

**Bij verhindering dient een afspraak 24 uur van tevoren te worden afgezegd.**

*We hebben de consequenties en prognose van de behandeling besproken. Op grond daarvan gaat u akkoord met het behandelplan. Bij ondertekening voor akkoord ga ik ervan uit dat u bovenstaande begrepen hebt, daarmee instemt en samen met mij het behandelplan vormgeeft.*

*Graag ontvang ik één exemplaar van deze behandelingsovereenkomst ondertekend van u retour. De overeenkomst kan per post naar mij opgestuurd of bij de volgende afspraak meegebracht worden.*

Datum: Plaats: Naam cliënt: Handtekening voor akkoord:	Datum: Plaats: Werkendam Naam zorgaanbieder: Diane Middendorp Handtekening voor akkoord:
---	---