

Datum kennismakings-/ intakegesprek	
Datum 2 <sup>o</sup> gesprek	
Medewerker	

PERSOONSGEGEVENS			
Naam		BSN	
Voornaam		Geboortedatum	
Woonplaats		Tel/e-mail	
Contactpersoon 1	Naam:	Tel/e-mail:	
Contactpersoon 2	Naam:	Tel/e-mail:	

AANMELDVRAAG	
Wat is de reden van je aanmelding bij MGB?	
Hoe ben je bij MGB terechtgekomen?	

INKOMENSGEGEVENS	
Heb je een inkomen?	
Heb je een bewindvoerder, curator of budgetbeheerder?	Tel:
Heb je schulden?	

GEZONDHEID			
Huisarts		Telefoon	
Plaats			
Diagnose			
Gebruik je momenteel medicijnen?			

HULPVERLENING			
Wanneer heb je hulp gekregen van een, psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker of andere hulpverlener?			
Naam	Beroep	Periode	Telefoon/E-mail
Ben je wel eens opgenomen geweest in een opvangcentrum, een kliniek of de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis?			
Naam instelling	Plaats	Periode	Reden opname

## EIGEN DOELSTELLINGEN

Beschrijf uitgebreid je hulpvraag/problematiek. *(Je kunt dit ook op een apart papier bijvoegen.)*

Wat verwacht je van MGB?

Door dit formulier te ondertekenen verklaar je akkoord te zijn dat Stichting MGB dit intakeformulier bewaart gedurende het intakeproces. Indien de gevraagde hulp niet zal worden uitgevoerd door MGB, wordt dit formulier vernietigd. Indien er hulp wordt ingezet wordt het betreffende formulier toegevoegd aan het cliëntendossier en bewaart zoals de bewaartermijnen voorschrijven uit het kwaliteitshandboek van MGB.

### Ondertekening

Datum:

Plaats:

Naam:

Handtekening:

.....

.....

We doen er bij MGB alles aan om jouw persoonsgegevens goed te beschermen. Dit doen wij onder andere door het voldoen aan de ISO9001 norm van informatiebeveiliging in de zorg. Hiermee laten we zien dat de we de bescherming, beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van data hoog in het vaandel hebben staan.

### **Formulier opsturen naar:**

Stichting MGB  
o.v.v. Intakeformulier  
Badhuisstraat 66  
4381 LV Vlissingen

of

[info@mgbvlissingen.nl](mailto:info@mgbvlissingen.nl)