

AANVRAAGFORMULIER MACTHIGING
Eerstelijnspsychologische behandeling(en)
(in te vullen door de behandelend arts)

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL
Zorgverzekeringen

1 GEGEVENS AANVRAGER

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

man

vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

2 Datum eerste consult

Verwacht aantal consulten

3 Aanmeldingsklacht(en)

(aankruisen wat van toepassing is)

agressie/woede

depressieve klachten

eetproblemen

gedragsproblemen

identiteitsproblemen
(negatief zelfbeeld, lage zelfwaardering, assertiviteit)

levens-, zingevingsproblematiek

(psycho)somatische klachten
(pijn/spanningsklachten, hyperventilatie)

relatieproblemen

slaapproblemen

verwerking van trauma, rouw, scheiding etc.

anders, te weten

burn out/overspannen

dwanghandelingen en -gedachten

fobieën, paniekaanvallen, a-specifieke angstklachten

gezinsproblemen

identiteitsstoornis met (ernstig) disfunctioneren
op diverse gebieden

opvoedingsproblemen

psychotische klachten/decompensatie

seksuele problemen

verslaving

werk-/studieproblemen

4 Naam behandelend arts

Datum

Stempel/handtekening

Het volledig ingevulde formulier kunt u sturen naar:

Delta Lloyd Zorgverzekering NV
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag

onder vermelding van 'medisch geheim'