



# Centrum voor Pastorale Counseling

## INFORMATIE FORMULIER

Datum: \_\_/\_\_/\_\_

### 1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ op het werk: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_ Man/Vrouw \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat:  alleenstaand  samenwonend  getrouwd  
 verloofd  gescheiden  weduwe(naar)

Door wie bent u naar ons verwezen? Geef naam en adres:

\_\_\_\_\_

Welke schoolopleiding en eventuele verdere studies (ook avond- en bedrijfs cursussen) hebt u gevolgd?

School of studie: \_\_\_\_\_ Afgemaakt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. INFORMATIE OVER UW GEZONDHEID

Hoe is uw algemene gezondheid?  Heel goed  Goed  Matig  Slecht

Wat is uw gewicht? \_\_\_ kg.

Is uw gewicht de laatste tijd  Veranderd?  Toegenomen?  Afgenomen?

Noem alle belangrijke ziekten, verwondingen, handicaps, operaties:

\_\_\_\_\_

Hebt u ooit hulp gezocht bij de alternatieve geneeskunde (acupunctuur, homeopaat, pendelaar, enz.?)

\_\_\_\_\_

Wanneer bent u voor het laatst medisch onderzocht? Datum \_\_\_\_\_

Uitslag: \_\_\_\_\_

Naam en adres van uw huisarts: \_\_\_\_\_

Gebruikt u op dit moment medicijnen?  Ja  Nee Welke? \_\_\_\_\_

Hoeveel weken hebt u de laatste 12 maanden verzuimd wegens ziekte? \_\_\_\_\_

Geeft u hierbij toestemming aan uw hulpverlener om gegevens uit te wisselen over uw medische, sociale, of geestelijke situatie met:

Uw huisarts?  Ja  Nee  Een oudste uit uw gemeente?  Ja  Nee

Kruis aan wat van toepassing is:

- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> huiduitslag           | <input type="checkbox"/> hartkloppingen                              | <input type="checkbox"/> astma                                 | <input type="checkbox"/> rugklachten               | <input type="checkbox"/> hoofdpijn           |
| <input type="checkbox"/> migraine              | <input type="checkbox"/> geheugenverlies                             | <input type="checkbox"/> aandachts- en concentratiestoornissen |  |  |
| <input type="checkbox"/> evenwichtsstoornissen | <input type="checkbox"/> spijsverteringsmoeilijkheden                | <input type="checkbox"/> maagklachten                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> dikwijls plassen      | <input type="checkbox"/> bedplassen                                  | <input type="checkbox"/> reuma                                 | <input type="checkbox"/> gewichtsverlies / toename |  |
| <input type="checkbox"/> gedaalde eetlust      | <input type="checkbox"/> verminderde/vermeerdere seksuele verlangens | <input type="checkbox"/> inslaapmoeilijkheden                  | <input type="checkbox"/> diarree                   |  |
| <input type="checkbox"/> moeilijke stoelgang   | <input type="checkbox"/> braakneigingen                              | <input type="checkbox"/> nachtmerries                          | <input type="checkbox"/> vermoeidheid              | <input type="checkbox"/> moeilijk doorslapen |
| <input type="checkbox"/> duizeligheid          |  |  |  |  |

Bent u wel eens met occulte zaken in aanraking gekomen?  Ja  Nee

Zo ja, Kunt u daar kort iets over schrijven?

---

---

### 3. GODSDIENST

Kerkelijke voorkeur \_\_\_\_\_ Lid sinds: \_\_\_\_\_

Hoe vaak per maand bezoekt u de kerk? Omcirkel het antwoord

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    vaker    per maand

Bezoekt u de kerk in uw kindertijd?  Ja  Nee

Bent u gedoopt?  Ja  Nee  In welke kerk? \_\_\_\_\_

Beschouwt u zichzelf als een gelovig mens?  Ja  Nee  Weet niet

Gelooft u in Jezus?  Ja  Nee  Weet niet

Bidt u tot God?  Nooit  Soms  Dikwijls

Weet u zeker dat u naar de hemel zou gaan als u vannacht zou sterven?

---

Stel dat u vannacht sterft en bij God gebracht wordt en Hij u vraagt: "Waarom zou ik u de hemel binnenlaten?" Wat zou u dan zeggen?

---

---

---

Hoe vaak leest u in de Bijbel?  Nooit  Soms  Dikwijls

Komt u in het gezin bij elkaar om in de Bijbel te lezen, te bidden en te zingen?  Nooit  Soms  Dikwijls

Hebt u een taak in de kerkelijke gemeente? Welke?

---

Hebben er kort geleden veranderingen plaatsgevonden in uw geloofsleven?

---

#### 4. HUWELIJK EN GEZIN

Naam van uw echtgenoot / echtgenote: \_\_\_\_\_

Indien echtgenoot / echtgenote niet thuis verblijft de adresgegevens invullen:

Adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Opleiding: \_\_\_\_\_

Kerkelijke voorkeur: \_\_\_\_\_

Huwelijksdatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd op huwelijk: \_\_\_\_\_ Man \_\_\_\_\_ Vrouw \_\_\_\_\_

Hoe kende u uw verloofde voordat u trouwde? \_\_\_\_\_

Bent u ooit gescheiden geweest  Ja  Nee

Heeft één van u beiden ooit aan echtscheiding gedacht?  Ja  Nee

Kruis de probleemgebieden in uw huwelijk aan:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> financiën                   | <input type="checkbox"/> tonen van affectie en genegenheid                       |
| <input type="checkbox"/> vrienden                    | <input type="checkbox"/> seksualiteit <input type="checkbox"/> communicatie      |
| <input type="checkbox"/> opvoeding van de kinderen   | <input type="checkbox"/> schoonouders <input type="checkbox"/> de man als hoofd  |
| <input type="checkbox"/> onderdanigheid van de vrouw | <input type="checkbox"/> goede manieren <input type="checkbox"/> levensopvatting |
| <input type="checkbox"/> vrijetijdsbesteding         |  |

Andere: \_\_\_\_\_

---

Is uw echtgenoot/echtgenote bereid om deel te nemen aan de hulpverleningsgesprekken?

Ja  Nee  Weet niet

Geef beknopte informatie over eventuele eerdere huwelijken of samenwoningrelaties

---

---

Informatie betreffende de kinderen:

Roepnaam	Achternaam	M/V	Leeftijd	School	Thuiswonend
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Informatie betreffende het ouderlijk gezin:

Vader: Nog in leven?  Ja  Nee      Leeftijd: \_\_\_\_\_ Beroep: \_\_\_\_\_

Noem minstens drie eigenschappen van zijn karakter:

---

---

---

Moeder: Nog in leven?  Ja  Nee      Leeftijd: \_\_\_\_\_ Beroep: \_\_\_\_\_

Noem minstens drie eigenschappen van haar karakter:

---

---

Hoe was het huwelijk van uw ouders?  zeer goed  gemiddeld  slecht

Als u door iemand anders dan uw ouders werd opgevoed, geef dan aan hoe die situatie was:

Hoeveel oudere broers \_\_\_\_\_ zusters \_\_\_\_\_ hebt u?  
Hoeveel jongere broers \_\_\_\_\_ zusters \_\_\_\_\_ hebt u?

## 5. INFORMATIE OVER UW KARAKTER

Hebt u vroeger ooit persoonlijke problemen gehad?  Nee  Ja

Verklaar: \_\_\_\_\_

---

Hebt u ooit in uw leven hulp gehad van een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker of een pastorale hulpverlener? Geef op door wie:

Naam: \_\_\_\_\_ Beroep: \_\_\_\_\_ Hulpverlenende instelling: \_\_\_\_\_ Jaar: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Wat was het resultaat?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Hebt u ooit drugs of alcohol gebruikt?  Neen  Ja

Zo ja, wat? :

---

Bent u ooit in contact geweest met justitie?  Neen  Ja

Zo ja, vermeld de omstandigheden

---

---

Noem minstens drie eigenschappen van u zelf die een vriend als positief zou benoemen:

---

---

Noem minstens drie eigenschappen waar mensen zich bij u aan ergeren:

---

---

Wat is uw levensdoel?

---

---

Hobby's:

---

Kruis elk woord uit de volgende lijst aan waarvan u vindt dat het uw persoonlijkheid op dit moment het beste omschrijft:

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> actief              | <input type="checkbox"/> eerzuchtig        | <input type="checkbox"/> zelfverzekerd       | <input type="checkbox"/> volhardend       | <input type="checkbox"/> nerveus       |
| <input type="checkbox"/> hardwerkend         | <input type="checkbox"/> ongeduldig        | <input type="checkbox"/> impulsief           | <input type="checkbox"/> liefdevol        | <input type="checkbox"/> humeurig      |
| <input type="checkbox"/> rustig              | <input type="checkbox"/> vaak neerslachtig | <input type="checkbox"/> prikkelbaar         | <input type="checkbox"/> fantasierijk     | <input type="checkbox"/> ernstig       |
| <input type="checkbox"/> gemakzuchtig        | <input type="checkbox"/> verlegen          | <input type="checkbox"/> in zichzelf gekeerd | <input type="checkbox"/> leider           | <input type="checkbox"/> sympathiek    |
| <input type="checkbox"/> somber              | <input type="checkbox"/> ongevoelig        | <input type="checkbox"/> zelfbewust          | <input type="checkbox"/> nederig          | <input type="checkbox"/> eenzaam       |
| <input type="checkbox"/> gevoelig            | <input type="checkbox"/> angstig           | <input type="checkbox"/> paniekerig          | <input type="checkbox"/> stil             | <input type="checkbox"/> moedeloos     |
| <input type="checkbox"/> bezorgd             | <input type="checkbox"/> achterdochtig     | <input type="checkbox"/> nietsnut            | <input type="checkbox"/> ambitieus        | <input type="checkbox"/> kritisch      |
| <input type="checkbox"/> onverbeterbaar      | <input type="checkbox"/> schuldig          | <input type="checkbox"/> egoïstisch          | <input type="checkbox"/> ondergewaardeerd | <input type="checkbox"/> beïnvloedbaar |
| <input type="checkbox"/> naar buiten gericht |  |  |   |  |

Andere:

---

#### BEANTWOORD OP DE ACHTERZIJDE VAN DIT BLAD BEKNOPT DE VOLGENDE VRAGEN

1. Wat is naar uw mening het hoofdprobleem? Waarom bent u hier heen gekomen?
2. Wat hebt u al gedaan om het probleem op te lossen?
3. Hoe denkt u dat ik u het beste kan helpen? Wat verlangt u van mij?
4. Is er nog andere informatie die ik moet weten om u te kunnen helpen?