



Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden?
Deze informatie is nodig om de behandeling zo effectief mogelijk te maken. Uiteraard vallen deze gegevens binnen het beroepsgeheim.

Voornaam	.....	Achternaam	.....
Adres	.....	Postcode	.....
Woonplaats	.....	Telefoon	.....
Geboortedatum	.....	Mobiel	.....
Gezinssamenstelling	.....	Email adres	.....
Beroep	.....	Zorgverzekeraar	.....
Vorige beroepen	.....	
Sport/hobby/vrije tijd	.....	
Medicijngebruik	.....	
Huisarts	.....	Telefoon	.....
Specialist	.....	Telefoon	.....

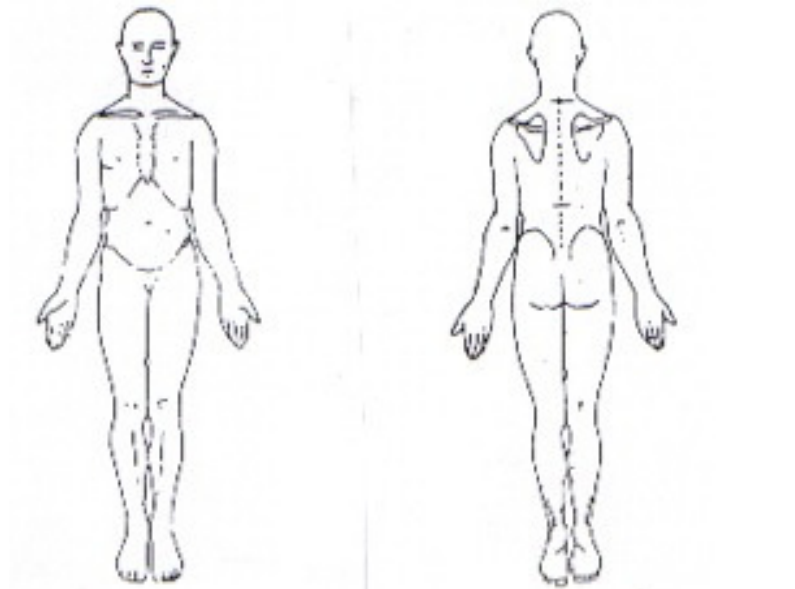
Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze begonnen?

Onder welke omstandigheden?

Waar zit uw klacht?

S.v.p. aangeven op de plaatjes.



Intake formulier

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend, etc.)

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?

Welke omstandigheden geven verbetering?
(koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging, etc.)

En welke omstandigheden geven verergering?

Hoe voelt u zich in het algemeen?

Zijn er momenten op een dag van inzinking?

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat?

Hoe is de stoelgang?
... x per dag / ... x per week Regelmatig / onregelmatig
Consistentie: vast / breiïg / zacht / waterig
Kleur: wit / lichtbruin / geelbruin / donkerbruin / zwart

Heeft u voorkeur of afkeur voor zoet / zuur / zout / bitter / etc.?

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed?

Bent u vegetariër?

Hebt u grote behoefte aan zoetheid?

Rookt u? Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel?

Drinkt u koffie? Zo ja, hoeveel?

Welke zijn de bijkomende klachten op dit moment?

Familiaire ziekten (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.),
erfelijke aandoeningen en niet erfelijke aandoeningen.

Moeder:

Vader:

Overige familieleden:

Intake formulier

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor de oude klachten, de rechter voor de recente klachten. Als u de huidige klachten vroeger ook al had, kruist u dan beide kolommen aan.

Bij keuzemogelijkheden met een * graag doorhalen wat niet van toepassing is.

Oud Recent

Algemeen

- Hoofdpijn:
 dagelijks/ wekelijks/ maandelijks*
- Waar in het hoofd:
- Slapeloosheid
- Slecht slapen
- Gewichtsverandering: toename/ afname*
- Duizelig
- Vermoeidheid:
- Dubbel / vaag zien
- Allergie:

Luchtwegen / K.N.O.

- Ademnood
- Chronisch hoesten
- Chronisch verkouden
- Astma
- Keelpijn / -ontsteking
- Voorhoofds- / bijholteontsteking
- Oorsuizen

Hart en bloedvaten

- Aderverkalking
- Bloeddruk: hoog / laag*
- Opgezette klieren
- Onregelmatige hartslag
- Pijn / beklemming borst*
- Hartkloppingen
- Koude handen / voeten*
- Spataders
- Vocht vasthouden

Oud Recent

Maag/darmen

- Darmontsteking
- Verstopping
- Diarree
- Droge mond
- Opgezette buik
- Misselijkheid
- Winderigheid
- Buikpijn / krampen*
- Borrelende buik
- Maagzuur
- Bloedverlies

Spiieren/gewrichten

- Reuma
- Gespannen / slappe spieren*
- Lage rugpijn
- Nekpijn
- Tintelingen / uitstraling*
- Gewrichtspijnen
- Spierpijnen / krampen*
- Bewegingsbeperking

Huid

- Haarausval / brekend haar*
- Eczeem / uitslag*
- Snel blauwe plekken
- Droge huid / transpiratie
- Jeuk
- Snel brekende nagels

Toelichting:

Intake formulier

(vervolg)

Oud Recent

Urinewegen

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierinfectie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pijn bij plassen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prostaatklachten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blaasontsteking |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geslachtsziekte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verandering urine (kleur/geur/troebel) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verandering libido |

Vrouw

Zwanger JA / NEE

Aantal zwangerschappen

Leeftijd eerste menstruatie

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pijnlijke menstruatie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Onregelmatige menstruatie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Langdurige menstruatie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pijnlijke borsten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Premenstrueel syndroom |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Witte vloed |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticonceptie: |

Toelichting:

Oud Recent

Gesteldheid

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angst |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zenuwachtigheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressies |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Overbezorgdheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Concentratiezwakte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geheugenvermindering |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Veel piekeren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lusteloosheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opkroppen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Weinig zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verdriet / droefheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besluiteloosheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geïrriteerdheid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opvliegers |

Intake formulier

Ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in u leven heeft doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. De kinderziekten die u hebt gehad.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop ervan.
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (chtscheiding, overspannen, depressies, etc.).
5. Bezoek aan het buitenland (buiten Europa).

Leeftijd	Bijzonderheid / klacht / zwangerschap / etc.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bent u onder behandeling (geweest) van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer?

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?

Welke ziekte, ongeval, operatie, etc. was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

Hartelijk dank voor het invullen,
Anita Kramer