

INTAKEFORMULIER

Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden.
Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken.

Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Persoonlijke gegevens

Achternaam:	Voornaam:	m / v
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>	
Postcode:	Woonplaats:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum:	Geboorteplaats:	<input type="text"/>
<input type="text"/> voorbeeld 23-04-1980	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoon overdag:	Telefoon bij geen gehoor:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailadres:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beroep nu:	Vroeger:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sport / hobby's / vrije tijd:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Huisarts:	Telefoon:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Specialist:	Telefoon:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Therapeut:	Telefoon:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicijngebruik:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Door wie bent u over ons geïnformeerd?	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Klachten

Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

Als U pijn heeft, kunt U dan de aard van de pijn omschrijven?
(stekend/brandend/zeurend/schietend/kloppend/beklemmend)

Is er regelmaat in uw klachten?

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

Wat verergert uw klachten?

Hoe voelt U zich in het algemeen? (bijv. verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd)

Zijn er momenten op een dag van inzinking?

Zo ja, wanneer?

Wordt u 's nachts wakker? Hoe laat?

Hoe is uw stoelgang? x per dag x per week

Consistentie:

Kleur:

Heeft u voor- of afkeur voor: zuur, zoet, pikant, bitter

Welke spijzen en/of dranken liggen U niet goed?

Heeft U behoefte aan zoetheid?

Rookt U?

sigaretten per

Drinkt U koffie?

koppen per

Gebruikt U alcohol?

glazen per

Gebruikt U drugs?

welke en hoe vaak?

Welke zijn de bijkomende klachten nu?

Familiaire ziekten

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

Moeder

Vader

Overige familieleden

Ziektegeschiedenis

Wilt u op deze pagina die vierkantjes aanvinken, die voor u van toepassing zijn. De linker kolom vierkantjes zijn voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan vinkt u beide vierkantjes aan. Er zijn ook keuzemogelijkheden bij het * teken.

oud recent

Algemeen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	waar in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slecht inslapen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gewichtsverandering	<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duizeligheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dubbel / vaag zien	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergie	<input type="checkbox"/>	

Luchtwegen / K.N.O.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ademnood	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch hoesten	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch verkouden	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	astma	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keelpijn / ontstekingen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinusitis (voorhoofdholteontst)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oorsuizen	<input type="checkbox"/>	

Hart en bloedvaten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bloeddruk	<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aderverkalking	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beklemmend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koude handen / voeten	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spataders	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	

Urinewegen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nierinfectie / stenen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn bij plassen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prostaatklachten	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geslachtsziekte	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering urine	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering libido	<input type="checkbox"/>	

Vrouw

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zwanger	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leeftijd 1e menstruatie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke menstruatie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige menstruatie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	langdurige menstruatie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke borsten	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	premenstrueel syndroom	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	witte vloed	<input type="checkbox"/>	

oud recent

Maag / Darmen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	darmontsteking	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopping	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarree	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge mond	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette buik	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	misselijkheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	winderigheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	borrelende buik	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maagzuur	<input type="checkbox"/>	

overig:

Spielen / gewrichten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	spieren *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lage rugpijn	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nekpijn	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tintelingen / uitstraling	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gewrichtspijnen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bewegingsbeperking	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reuma	<input type="checkbox"/>	

Huid

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeuk	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	*

Gesteldheid

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zenuwachtig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depressies	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overbezorgdheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	concentratiezwakte	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geheugenvermindering	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	angst	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veel piekeren	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lusteloosheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opkroppen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weinig zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verdriet / droefheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	besluiteloosheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geïrriteerdheid	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opvliegers	<input type="checkbox"/>	

overig:

Kunt U in chronologische wijze opschrijven:

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

Leeftijd Ziekte / klacht / zwangerschap / ontwikkeling

Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?

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

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer:

Verergering van: