

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk invullen?
Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u besproken worden.
Uiteraard blijven deze gegevens strikt beroepsgeheim.

Burgerservicenummer: _____

Zorgverzekeraar: _____

Klantnummer: _____

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ Geboortedatum: _____

Email: _____

Huisarts: _____

Telefoon huisarts: _____

Therapievorm:

Therapeut:
(indien bekend)

Beroep: _____

Sport/ hobby: _____

Medicijngebruik: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen, en onder welke omstandigheden? _____

Is een regelmaat of patroon in uw klachten te herkennen? _____

Welke omstandigheden geven verbetering:
(bijv. warmte, kou, rust, etc.) _____

Welke omstandigheden vergeren de klacht? _____

Wordt u 's nachts wakker?
hoe laat? _____

Wat is uw smaakvoorkeur?
(zoet, zout, pikant, bitter, zuur) _____

zijn er spijzen/ dranken die slecht vallen? _____

Rookt u? zo ja, hoeveel? _____

Drinkt u alcohol? hoeveel? _____

Drinkt u koffie? hoeveel? _____

Heeft u naast uw hoofdklacht nog andere klachten? _____

Heeft u erfelijke ziekten/ aandoeningen? _____

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven:

- Welke ziekten u in uw leven heeft gehad (kinderziekten, allergieën, ongevallen, etc.
- Eventuele zwangerschappen en het verloop ervan.
- Belangrijke gebeurtenissen die van invloed kunnen zijn op uw gezondheid?
(depressies, echtscheiding, overlijden, etc.)

Leeftijd	Ziekte / klacht / Zwangerschap / Ontwikkeling

Welke gebeurtenis viel u het zwaarst?

Wilt u hieronder aanvinken welke punten op u van toepassing zijn?
vink **links** aan voor **oude** klachten, en **rechts** voor **recente** klachten

Algemeen

- Hoofdpijn dagelijks
- Hoofdpijn wekelijks
- Slapeloosheid
- Gewichtsverandering
- Duizeligheid
- Vermoeidheid
- Allergie
- Opgezette klieren

Maag / Darmen

- Darmklachten
- Verstopping
- Diarree
- Opgezette buik
- Misselijkheid
- Winderigheid
- Buikpijn / Krampen
- Maagzuur

Luchtwegen

- Chronisch hoesten
- Chronisch verkouden
- Astma
- Keelpijn/ontstekingen
- Ontstekingen bijholtes
- Oorsuizen

Spieren / Gewrichten

- Gespannen spieren
- Slappe spieren
- Lage rugpijn
- Stijve schouders
- Nekpijn
- RSI
- Bewegingsbeperking

Hart en Bloedvaten

- Hoge / Lage bloeddruk
- Aderverkalking
- Pijn op de borst
- Hartkloppingen
- Koude handen /
voeten
- Spataderen
- Vocht vasthouden

Huid

- Eczeem / uitslag
- Snel blauwe plekken
- Droge huid
- Transpiratie
- Jeuk
- Rode vlekken
- Zwakke nagels

Urinewegen

Nier infectie /
nierstenen

Pijn bij het plassen

Prostaatklachten

Blaasontsteking

Verandering urine

Vrouw

Zwanger ja / nee

Leeftijd eerste
menstruatie

Pijnlijke menstruatie

Onregelmatige
menstruatie

Langdurige
menstruatie

Premenstrueel
syndroom

Gesteldheid

Zenuwachtig

Depressies

Concentratiezwakte

Angst

Veel piekeren

Besluiteloosheid

Snel geïrriteerd

Opvliegers

Snel gefrustreerd

Bedankt voor het invullen van dit intakeformulier.