

Intakeformulier

Persoonlijke gegevens

Naam		Voornaam	
Geslacht	V / M	Geboorte datum	
Adres		Postcode&Woonplaats	
Telefoon privé		Telefoon werk	
Beroep		Huisarts	
Ziekenfonds		Verzekering nr.	
Nationaliteit		Gezinssituatie	

Klacht:

- Wat is de hoofdklacht?

- Wanneer is de klacht begonnen?

- Wanneer is er sprake van meer of minder pijn?

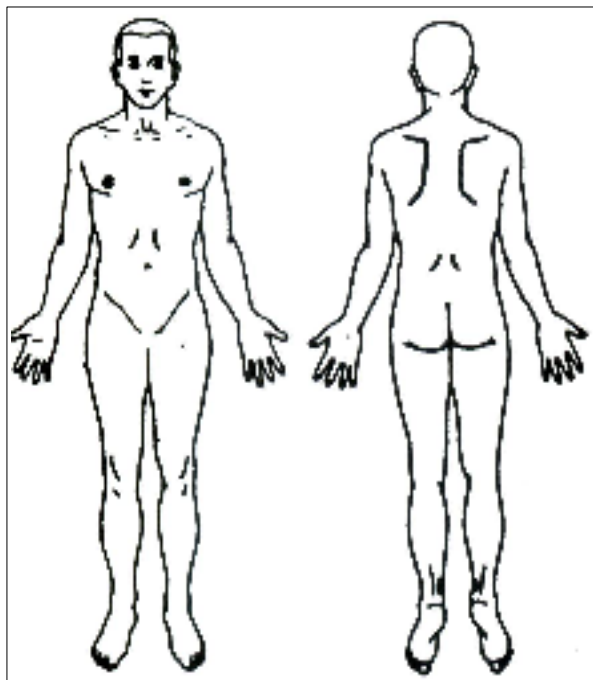
(welke jaargetijde, bij warmte, koude, vocht, droogte of wind, de nacht, de dag, tijdens beweging of juist erna, bij druk, bij stilstand enz.)

- Bent u voor deze klacht nog elders in behandeling geweest? (B.v. Huisarts of specialist)
Zo ja, welke en wat is er al gedaan?

- Gebruikt u medicijnen, kruiden, voedingssupplementen of homeopathische geneesmiddelen voor deze klacht? Zo ja, welke en in welke frequentie van inname.

- Hebt u buiten de genoemde klachten nog andere klachten?

- Wilt u op de figuren aangeven waar u klachten voelen?



- Waar hebt u vaak /wel eens last van?

Kunt u zetten waar u vaak last van hebt en waar u het wel eens hebt gehad?

Hoofd

Hoofdpijn
Migraine
Haaruitval
Overige:

Ogen/oren

Bril / contactlenzen
Duizeligheid / oorsuizen
Overige:

Neus

Niet goed door de neus kunnen ademen
Neusbloedingen
Afscheiding
Scheef neus tussenschot
Overige:

Gebit

Amalgaam vullingen
Bloedend tandvlees
Overige:

Keel / Hals

Keelpijnen
Slikproblemen
Heesheid
Overige:

Skelet /spieren / gewrichten

Pijn in nek, schouder, arm, vingers enz....?

Pijn in de rug? Waar?

Pijn in de gewrichten? Waar?

Regelmatig kramp? Waar?

Overige:

- Hebt u traumata / operaties ondergaan? Wat en wanneer?

- Hebt u een erfelijke problematiek, chronische ziekte, handicap of beperking?

- Hebt u implantaties in uw lichaam zoals: Pacemaker, buisjes in de oren, platen, schroeven e.d.?

- Hebt u Astma / Eczeem / Hepatitis / Toxoplasmose / Ziekte van Pfeiffer gehad of nog?

- Bent u momenteel onder behandeling van een therapeut of medisch specialist? Wat voor?

- Bent u ergens allergisch voor?

Lymfe

Vochtophoping / oedeem
Waar?
Ongewone blauwe plekken
Wonden genezen slecht
Overige:

Urinewegen

Nierklachten
Blaasklachten chronisch / acuut
Moeite met urine op te houden
Overige:

Ademhaling / hart / bloedsomloop

Benauwd
Kortademig
Hoesten
Pijn in de borststreek
Hartkloppingen
Onregelmatige hartslag
Hoge bloeddruk
Lage bloeddruk
Overige:

Spijvertering

Oprispingen
Maagpijn / zuur / branden
Misselijkheid
Braken
Darmen / ontlastingspatroon
Buikpijn wanneer?
Slechte verdragen van bepaalde voeding
Welke?
Overige:

Voor de vrouw:

Duur van de menstruatie cyclus dagen
Duur van uw menstruatie dagen
Menstruatie klachten

Hebt u kinderen gebaard? Hoe verliepen de zwangerschappen en de bevallingen?

Bent u in de overgang ja / nee sinds jaar
Gebruikt u een voorbehoedsmiddel ja / nee
Bent u zwanger of zou dat kunnen ja / nee

Drinkt u koffie ja / nee kopje(s) per dag
Drinkt u alcohol ja / nee hoeveel
Rookt u ja / nee hoeveel
Gebruikt u veel suiker ja / nee hoeveel
Snoept u veel ja / nee hoeveel en wat
Hebt u vaak dorst ja / nee

- Hoeveel vocht drinkt u per dag? (water?)

- Slaapt u goed?

 Zo nee, hoeveel uren slaapt u gemiddeld en waar hebt u last van? (inslapen, doorslapen, lichte slaap, dromen, transpireren e.d.)

- Hoe vindt u dat u in uw vel zit? (lekker, energiek, uitgeput, moe, gespannen, onrustig, huilerig, zorgelijk, piekerend, geagiteerd, angstig.....)

- Hoe vindt u zichzelf ten opzichte van de onderstanden?
Aankruisen (x) waar je denk dat je zelf het beste bij past.

Geheugen(goed / normaal / slecht) Concentratie(goed / normaal / slecht)

Zelfbeleving / vertrouwen(goed / normaal / slecht)

Communicatie(goed / normaal / slecht) Denken/waarneming (goed / normaal / slecht)

- Wat is uw hobby / sport u?

Dank u wel voor uw inspanning.

Wilt u dit formulier naar het eerste gesprek meenemen?

* De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en blijven strikt beroepsgeheim.