

Intake formulier

Datum: _____ Datum + tijd 1ste consult: _____

Geachte heer/ mevrouw,

Wilt u de volgende vragen zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Tijdens het 1ste consult zullen de gegevens met u worden besproken. Vanzelfsprekend blijven de gegevens beroepsgeheim.

Bij voorbaat dank.

Bij een * graag doorhalen wat niet van toepassing is.

Algemeen

Naam: _____ Voornaam + voorletter(s) _____ M/V

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Geb. datum: _____

BSN – nummer: _____

Telefoon: _____ Mobiel: _____

Email adres: _____

Beroep/ oud- beroep: _____

Sport/ Hobby: _____

Medicijngebruik: _____

Huisarts: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Specialist: _____

Door wie bent u geïnformeerd/ geadviseerd? _____

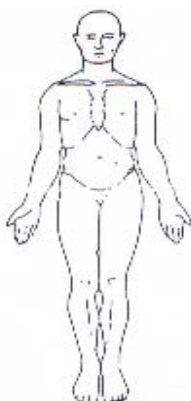
Klacht

Wat is de voornaamste klacht? _____

Kunt u op de plaatjes aangeven:

- waar de pijnklacht zich bevindt?

- eventuele littekens



Wanneer en hoe is de klacht begonnen?

Is er een regelmaat of patroon in uw klacht te ontdekken? _____

Gaat de klacht gepaard met pijn? Wat is de aard van deze pijn? (stekend, brandend, kloppend, schietend, beklemmend, zeurend...?) _____

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

Welke omstandigheden geven verslechtering? _____

Bent u voor uw huidige klacht al eerder onder behandeling geweest? Zo ja, waar? Met welk resultaat? _____

Heeft u, naast uw hoofdklacht, bijkomende klachten?

1) _____

2) _____

3) _____

Overig algemeen

Hoe is de stoelgang? ____X dagelijks/ ____X per week. Regelmatig/onregelmatig*

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig.

Kleur: lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart*

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed? _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid/ suiker? JA/ NEE*

Rookt u? Zo ja, hoeveel? _____

Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel? _____

Gebruikt u veel koffie? Zo ja, hoeveel? _____

Gebruikt u melkproducten? Zo ja, hoeveel? _____

Bent u vegetarisch? _____

Hoeveel water drinkt u per dag? _____

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

Familiaire ziekten/aandoeningen (bijv. hart- en vaatziekten, reuma, kanker, diabetes enz.)

Vader: _____

Moeder: _____

Overige familieleden: _____

Zou u op deze pagina willen aangeven welke punten voor u van toepassing zijn.
De linker kolom is voor "oude" klachten en de rechter kolom is voor huidige klachten.
Bij een * graag doorhalen wat niet van toepassing is.

Algemeen	Maag/ Darmen
☐ ☐ Hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ maandelijks*	☐ ☐ Darmontsteking
Waar in het hoofd?	☐ ☐ Verstopping
☐ ☐ Slapeloosheid	☐ ☐ Diarree
☐ ☐ Slecht inslapen/ doorslapen*	☐ ☐ Droge mond
☐ ☐ Gewichtsverandering: toename/ afname*	☐ ☐ Opgezet buik
☐ ☐ Duizeligheid	☐ ☐ Misselijkheid
☐ ☐ Vermoeidheid:	☐ ☐ Winderigheid
Continu/ ochtend/ middag/ avond*	☐ ☐ Buikpijn/ krampen*
☐ ☐ Dubbel/ vaag zien	☐ ☐ Borrelende buik
☐ ☐ Allergie	☐ ☐ Maagzuur
	☐ ☐ Bloedingen
Luchtwegen/ K.N.O.	☐ ☐ Overig: _____
☐ ☐ Ademnood	
☐ ☐ Chronisch hoesten	Spieren/ Gewrichten
☐ ☐ Chronisch verkouden	☐ ☐ Gespannen/ slappe spieren*
☐ ☐ Astma	☐ ☐ Lage rugpijn
☐ ☐ Keelpijn/ ontstekingen	☐ ☐ Nekpijn
☐ ☐ Sinusitis	☐ ☐ Tintelingen/ uitstraling
☐ ☐ Oorsuizen	☐ ☐ Gewrichtspijnen
	☐ ☐ Spierpijnen/ krampen*
Hart en Bloedvaten	☐ ☐ Bewegingsbeperking
☐ ☐ Hoge/ Lage bloeddruk*	☐ ☐ Reuma
☐ ☐ Opgezet klieren	
☐ ☐ Aderverkalking	Huid
☐ ☐ Onregelmatige hartslag	☐ ☐ Eczeem/ uitslag*
☐ ☐ Pijn/ beklemming op borst	☐ ☐ Snel blauwe plekken
☐ ☐ Hartkloppingen	☐ ☐ Droge huid/ transpiratie*
☐ ☐ Koude handen/ voeten	☐ ☐ Jeuk
☐ ☐ Spataders	☐ ☐ Snel brekende nagels
☐ ☐ Vocht vasthouden	☐ ☐ Haaruitval/ brekend haar*
Urinewegen	Algemene gesteldheid
☐ ☐ Nierinfectie/ nierstenen	☐ ☐ Zenuwachtigheid
☐ ☐ Pijn bij het plassen	☐ ☐ Depressies
☐ ☐ Prostaatklaften	☐ ☐ Overbezorgdheid
☐ ☐ Blaasontsteking	☐ ☐ Concentratie zwakte
☐ ☐ Geslachtsziekte	☐ ☐ Geheugenvermindering
☐ ☐ Verandering urine	☐ ☐ Angst
☐ ☐ Libido	☐ ☐ Veel piekeren
	☐ ☐ Lusteloosheid
Vrouw	☐ ☐ Opkroppen
Zwanger : ja/ nee (_____ weken)	☐ ☐ Weinig zelfvertrouwen
Leeftijd eerste menstruatie: _____	☐ ☐ Verdriet/ droefheid
☐ ☐ Pijnlijke menstruatie	☐ ☐ Besluiteloosheid
☐ ☐ Onregelmatige menstruatie	☐ ☐ Geïrriteerdheid
☐ ☐ Langdurige menstruatie	☐ ☐ Opvliegers
☐ ☐ Pijnlijke borsten	☐ ☐ Overig: _____
☐ ☐ Premenstrueel syndroom	
☐ ☐ Witte vloed	

- Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven heeft doorgemaakt (denkt u hierbij ook aan kinderziektes, verstuikingen, amandelen, tandbehandelingen....)
- Evt. zwangerschappen en het verloop hiervan
- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven (bijv. echtscheiding, overspannen, depressies....)
- Bezoeken aan het buitenland

[illegible]

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