

Datum: _____

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.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geb. datum: _____ M/V

Geboorteplaats: _____ Tel.: _____

Emailadres: _____ BSN (sofinummer): _____

Beroep: _____ Vorige beroepen: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medicijngebruik: _____

Behandelend arts: _____ spec: _____

Adres: _____ Tel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

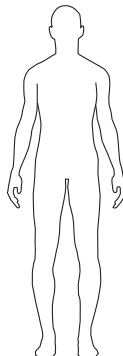
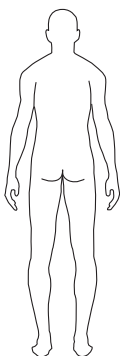
Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts* _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



* Zie brief intake, aankruisen.

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

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

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

En verergering? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd):

Zijn er momenten op een dag van inzinking? _____

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? _____

Hoe is de stoelgang? _____ x dagelijks/ _____ x per week. Regelmatig / onregelmatig

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig* Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart*

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

voorkeur: _____ afkeur: _____

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

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? JA/NEE _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? _____

Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU?

1. _____

2. _____

3. _____

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

Moeder: _____

Vader: _____

Overige Familieleden: _____

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

ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ maandelijks *
- Waar in het hoofd? _____
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering: toename/ afname *
- duizeligheid
- vermoedheid: continu/ ochtend/ middag/ avond *
- dubbel/ vaag zien
- allergie: _____
- Overig: _____

LUCHTWEGEN/ K.N.O.

- hyperventilatie
- ademnood
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ ontstekingen
- sinusitis
- oorsuizen
- longontsteking
- Overig: _____

HART EN BLOEDVATEN

- hoge/ lage bloeddruk*
- opgezette klieren
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn/ beklemming borst
- hartkloppingen
- koude handen/ voeten
- spataders
- vocht vasthouden
- Overig: _____

URINEWEGEN

- nierinfectie/ nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido
- Overig: _____

HUID

- eczeem/ uitslag *
- snel blauwe plekken
- droge huid/ transpiratie *
- doofheid/ huid
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval/ brekend haar *
- overig: _____

MAAG/ DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- droge mond
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/ krampen*
- maagzuur
- bloedingen
- overig: _____

SPIEREN/ GEWRICHTEN

- gespannen/ slappe spieren *
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/ uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/ krampen
- bewegingsbeperking
- reuma
- krachtsvermindering
- overig: _____

VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: _____
- pijnlijke menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- pijnlijke borsten
- premenstrueel syndroom
- witte vloed
- Overig: _____

GESTELDHEID

- burn-out
- overspannen
- zenuwachtigheid
- depressies
- overbezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet, droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: _____
- _____
- _____
- _____

