

## Intake formulier.

Datum: \_\_\_\_\_

Datum 1<sup>ste</sup> consult: \_\_\_\_\_

Geachte heer/ mevrouw,

Wilt u de volgende vragen zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Tijdens het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Vanzelfsprekend vallen de gegevens onder het beroepsgeheim.

Bij voorbaat dank.

Naam: \_\_\_\_\_ Voorletter(s): \_\_\_\_\_ M/V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geb. datum \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

Email adres: \_\_\_\_\_

Beroep/ oud- beroep \_\_\_\_\_

Sport/ Hobby \_\_\_\_\_

Medicijngebruik \_\_\_\_\_

Behandelend arts/ huisarts \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Door wie bent u geïnformeerd/ geadviseerd? \_\_\_\_\_

Wat is de voornaamste klacht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wanneer en hoe is die klacht begonnen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gaan de klachten gepaard met pijn? Wat is de aard van deze pijn? (stekend, brandend, kloppend, schietend, beklemmend, zeurend) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is er sprake van enige regelmaat in de klachten? \_\_\_\_\_

Zijn de klachten te beïnvloeden? (bijv. warmte, kou, stress, lichaamshouding, beweging) En geeft dit een verbetering of een verslechtering van de klachten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft u bijkomende klachten?

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Zijn er momenten van een inzinking/vermoeidheid? \_\_\_\_\_

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 drugs? Zo ja welke en hoe vaak? \_\_\_\_\_  
 Gebruikt u veel: Koffie? Zo ja hoeveel? \_\_\_\_\_  
 Gebruikt u Melkproducten? Zo ja hoeveel? \_\_\_\_\_  
 Hoeveel water drinkt u per dag? \_\_\_\_\_

Familiaire ziekten/aandoeningen (bijv. hart- en vaatziekten, reuma, kanker, diabetes enz.)  
 Vader: \_\_\_\_\_  
 Moeder: \_\_\_\_\_  
 Overige familieleden: \_\_\_\_\_

**Ziektegeschiedenis.**

- Kunt u omschrijven.
- 1) Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven heeft doorgemaakt (bijv. amandelen, verstuikingen, tandbehandelingen etc.).
  - 2) De kinderziekten die u heeft gehad.
  - 3) Evt. Zwangerschappen en het verloop ervan.
  - 4) Belangrijke ontwikkelingen in uw leven (bijv. echtscheiding, overspannen, depressies).
  - 5) Bezoeken aan het buitenland.

Leeftijd	Ziekte/ Klacht/ Zwangerschap/ Ontwikkeling

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

Welke ziekte was het zwaarst in uw leven? \_\_\_\_\_

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

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 de huidige klachten.

Bij een \* graag doorhalen wat niet van toepassing is.

#### **Algemeen**

- Hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ maandelijks\*
- Waar in het hoofd?
- Slapeloosheid
- Slecht inslapen/ doorslapen\*
- Gewichtsverandering: toename/ afname\*
- Duizeligheid
- Vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond\*
- Dubbel/ vaag zien

#### **Luchtwegen/ K.N.O.**

- Ademnood
- Chronisch hoesten
- Chronisch verkouden
- Astma
- Keelpijn/ ontstekingen
- Sinusitis
- Oorsuizen

#### **Hart en Bloedvaten**

- Hoge/ Lage bloeddruk\*
- Opgezette klieren
- Aderverkalking
- Onregelmatige hartslag
- Pijn/ beklemming op borst
- Hartkloppingen
- Koude handen/ voeten
- Spataders
- Vocht vasthouden

#### **Urinewegen**

- Nierinfectie/ nierstenen
- Pijn bij het plassen
- Prostaatklaften
- Blaasontsteking
- Geslachtsziekte
- Verandering urine
- Libido

**Vrouw:** Zwanger ja/ nee

Leeftijd eerste menstruatie: \_\_\_\_\_

- Pijnlijke menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Langdurige menstruatie
- Pijnlijke borsten
- Premenstrueel syndroom
- Witte vloed

#### **Maag/ Darmen**

- Darmontsteking
- Verstopping
- Diarree
- Droge mond
- Opgezette buik
- Misselijkheid
- Winderigheid
- Buikpijn/ krampen\*
- Borrelende buik
- Maagzuur
- Bloedingen
- Overig: \_\_\_\_\_

**Spielen/ Gewrichten**

- Gespannen/ slappe spieren\*
- Lage rugpijn
- Nekpijn
- Tintelingen/ uitstraling
- Gewrichtspijnen
- Spierpijnen/ krampen\*
- Bewegingsbeperking
- Reuma

**Huid**

- Eczeem/ uitslag\*
- Snel blauwe plekken
- Droge huid/ transpiratie\*
- Jeuk
- Snel brekende nagels
- Haaruitval/ brekend haar\*

**Algemene gesteldheid**

- Zenuwachtigheid
- Depressies
- Overbezorgdheid
- Concentratie zwakte
- Geheugenvermindering
- Angst
- Veel piekeren
- Lusteloosheid
- Opkroppen
- Weinig zelfvertrouwen
- Verdriet/ droefheid
- Besluiteloosheid
- Geïrriteerdheid
- Opvliegers
- Overig: \_\_\_\_\_