

## Intake formulier

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

Geachte heer/ mevrouw,

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

Bij voorbaat dank.

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

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

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

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

BSN – nummer \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Geef in de grafiek aan hoe u de klacht ervaart (schaal 0-10: geen klachten- ondraaglijke pijn).

0 |-----| 10

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) \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_



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
- Prostaatklachten
- Blaasontsteking
- Geslachtsziekte
- Verandering urine
- Libido

#### Vrouw:

Zwanger : ja/ nee ( \_\_\_\_\_ weken)

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: \_\_\_\_\_

**Spiieren/ 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: \_\_\_\_\_