

Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u doorgesproken worden. Uiteraard blijven deze gegevens strikt geheim. Dank voor uw inspanning.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ M V

BSN: _____

Telefoonnummer: _____ E-mail adres: _____

Beroep: _____ Sport, Hobby: _____

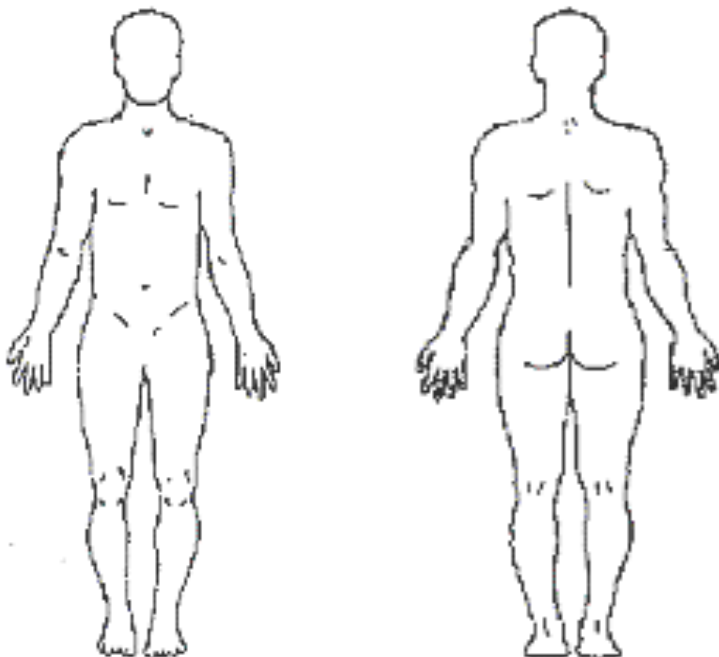
Medicijngebruik: _____

Huisarts: _____ Tel.nr.: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

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



Wilt u op de figuren
aangeven waar u uw
klachten voelt?



Welke omstandigheden geven verbetering? (vb: warmte, kou, rust, beweging, eten, houding, fysieke of psychische belasting, ontspanning)

En welke omstandigheden geven verergering? _____

Hoe is uw ontlasting (frequentie, consistentie en kleur)? (Regelmatig/onregelmatig/vast/breïg/dun/zwart/donkerbruin/lichtbruin/wit, etc.)

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

Zijn er spijsen en/of dranken die u niet goed liggen? _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Drinkt u? Hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Hoeveel water drinkt u op een dag? _____

Heeft u naast uw hoofdklacht ook bijkomende klachten? _____

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

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten op u van toepassing zijn, De linker kolom is voor oude klachten, de rechter voor recente klachten. Indien u vroeger en tegenwoordig deze klachten ervaart, graag beide vakjes aankruisen.

ALGEMEEN

hoofdpijn: dagelijks *
 - waar in het hoofd? _____
 slapeloosheid
 gewichtsverandering: ja nee afname afname*
 duizeligheid
 vermoeidheid: ja nee *
 allergie
 opgezette klieren

LUCHTWEGEN

chronisch hoesten
 chronisch verkouden
 astma
 keelpijn ontstekingen*
 ontstekingen bijholtes
 oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

hoge ja nee afname afname*
 aderverkalking
 pijn/beklemmend gevoel op de borst
 hartkloppingen
 koude handen ja nee afname*
 spataders
 vocht vasthouden

URINEWEGEN

nierinfectie nierstenen*
 pijn bij het plassen
 prostaatklachten
 blaasontsteking
 verandering urine

VROUW

Zwanger Nee Ja
 Kinderen Nee Ja
 Leeftijd eerste menstruatie: _____
 pijnlijke menstruatie
 onregelmatige menstruatie
 langdurige menstruatie
 premenstrueel syndroom

MAAG/DARMEN

darmontsteking
 verstopping
 diarree
 opgezette buik
 misselijkheid
 winderigheid
 buikpijn krampen*
 maagzuur
 bloed bij ontlasting
 overig: _____

SPIEREN / GEWRICHTEN

gespannen slappe spieren*
 lage rugpijn
 nekpijn
 tintelingen uitstraling*
 gewrichtspijnen
 spierpijnen krampen*
 bewegingsbeperkingen

HUID

eczeem ja nee uitslag*
 snel blauwe plekken
 droge huid ja nee transpiratie*
 jeuk

GESTELDHEID

zenuwachtigheid
 depressies
 concentratiezwakte
 angst
 veel piekeren
 besluiteloos
 geïrriteerd
 opvliegers
 overig: _____

* Selecteren wat van toepassing is.