



Intake formulier

Datum:

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam :
Voornaam :
Adres :
Postcode/plaats :
Telefoon/ mobiel :
Emailadres :
Geboortedatum :
Zorgverzekeraar/nummer :

Medische gegevens

Huisarts :
Specialist, indien van toepassing:

Medicatie

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

Zo ja, naam en hoeveelheid :

Gebruikt u nog andere middelen, zoals voedingssupplementen, pijnstillers, neusspray, slaapmiddelen etc.?

Graag invullen

:

Leefsituatie, deze vragen hoeft u niet in te vullen. Voor mij zijn de antwoorden om een beter beeld te krijgen.

Burgerlijke staat :

Beroep :

Wat doet u in uw vrije tijd? :

Klachten

Wat is uw voornaamste klacht? :

Bent u hiermee naar de huisarts of specialist geweest?

Wanneer is het ontstaan? :

Zijn er nog meer klachten? :

Graag alles wat u kunt bedenken.

Zijn er omstandigheden, die de klachten verergeren?

Zijn er omstandigheden, die de klachten verbeteren?

Persoonlijke aspecten

Hoe voelt u zich in het algemeen? :

Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking? :

Kunt u makkelijk inslapen? :

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

Frequentie stoelgang :

Consistentie(vastheid) en kleur stoelgang :

Moet u plassen gedurende de nacht? :

Levensgeschiedenis en familie

Welke ziektes (ook kinderziektes), operaties en ongevallen heeft u meegemaakt in uw leven?

Welke emotionele gebeurtenissen heeft u meegemaakt?

Welke behandelingen heeft u ondergaan?

Welke ziektes of aandoeningen komen in uw familie voor?

Voeding

Wat eet u zoal gedurende de dag?

Heeft u behoefte aan zoetheid?

Drinkt u koffie? Hoeveel?

Drinkt u water? Hoeveel?

Drinkt u alcohol?

Rookt u?

Gebruikt u drugs?

Bent u ergens allergisch voor?

Sport of wandelt u?

Bent u gevoelig? Dit kan zowel lichamelijk zijn als voor omstandigheden van buiten. Zoals weer, wind, lawaai, fel licht, andere mensen, kritiek.

Alleen voor vrouwen

Hoe is uw cyclus?

Bent u wel eens zwanger geweest?

Menopauze?

Andere bijzonderheden?

