

Buteyko Therapie Franeker

Minder symptomen, minder medicijnen

INTAKE FORMULIER - GRAAG AFDRUKKEN EN MEENEMEN

Datum	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Voornaam	<input type="text"/>	Postcode	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>	Beroep	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>		

Medische geschiedenis

Wat is de belangrijkste ziekte waarvoor u komt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Longemfyseem | <input type="checkbox"/> Chronische bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Hyperventilatie | <input type="checkbox"/> Chronische vermoeidheid/ME | <input type="checkbox"/> Hooikoorts |
| <input type="checkbox"/> Anders, | <input type="text"/> | |

Kunt u uw klachten kort omschrijven?

Op welke leeftijd kreeg u voor het eerst deze klachten?

Hoeveel invloed vindt u dat deze klachten hebben op uw kwaliteit van leven? (1 = erg weinig, 10 = erg veel)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hoeveel last heeft u de laatste maanden van deze klachten? (1 = erg weinig, 10 = erg veel)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Heeft u ooit in het ziekenhuis gelegen voor deze klachten?

- Ja Nee

Zo ja, hoe vaak?

Zo ja, wanneer voor het laatst?

Wanneer heeft u voor het laatst cortisonen genomen, oraal of via een injectie? (bijvoorbeeld Prednison, Prednisolon, Methylprednison)

Heeft u last van allergieën?

- Ja Nee

Zo ja, welke?

Van welke andere ziektes heeft u last (of last gehad)?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hartproblemen | <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> Nierziekte | <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Zwakke schildklier |
| <input type="checkbox"/> Overactieve schildklier | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Hypoglykemie |
| <input type="checkbox"/> Hoog cholesterol | <input type="checkbox"/> Vocht vasthouden | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Suikerziekte | |
| <input type="checkbox"/> Anders, | <input type="text"/> | |

Welke medicijnen gebruikt u momenteel, en hoe vaak?

Medicijn	Sterte	Dosis per keer	Keren per dag

Welke supplementen (vitaminen, mineralen, e.d.) gebruikt u?

Van welke van de volgende symptomen heeft u duidelijk last?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Te weinig lucht | <input type="checkbox"/> Niet in slaap kunnen komen | <input type="checkbox"/> Lusteloosheid |
| <input type="checkbox"/> Astma aanvallen | <input type="checkbox"/> Snurken | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn |
| <input type="checkbox"/> (Bijna) voortdurend benauwd | <input type="checkbox"/> Ademhalingsstilstand tijdens slaap | <input type="checkbox"/> Vermoeide spieren |
| <input type="checkbox"/> Beklemming op de borst | <input type="checkbox"/> Vaak moeten plassen 's nachts | <input type="checkbox"/> Fysieke uitputting |
| <input type="checkbox"/> Snel buiten adem bij inspanning | <input type="checkbox"/> Onderbroken slaap | <input type="checkbox"/> Koude handen/voeten |
| <input type="checkbox"/> Veel hoesten | <input type="checkbox"/> Nachtelijk astma | <input type="checkbox"/> Snel verkouden/griepig |
| <input type="checkbox"/> Ophoesten taai slijm | <input type="checkbox"/> Ik slaap slecht | <input type="checkbox"/> Veel zweten |
| <input type="checkbox"/> Veel niezen | <input type="checkbox"/> Ik sta 's morgens moe op | <input type="checkbox"/> Ik ruik weinig |
| <input type="checkbox"/> Verstopte of lopende neus | <input type="checkbox"/> Ik slaap vaak overdag eventjes | <input type="checkbox"/> Pijn bij het hart |
| <input type="checkbox"/> Neuspoliepen | <input type="checkbox"/> Hyperventilatie aanvallen | <input type="checkbox"/> Piepende oren |
| <input type="checkbox"/> Veelvuldig zuchten of gapen | <input type="checkbox"/> Angst zonder reden | <input type="checkbox"/> Gehoorproblemen |
| <input type="checkbox"/> Piepende ademhaling | <input type="checkbox"/> Nervositeit | <input type="checkbox"/> Diarree |
| <input type="checkbox"/> Duidelijk hoorbaar ademen | <input type="checkbox"/> Duizeligheid | <input type="checkbox"/> Spataderen |
| <input type="checkbox"/> Door de mond ademen | <input type="checkbox"/> Geheugenverlies | <input type="checkbox"/> Eczeem |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlies | <input type="checkbox"/> Geestelijke vermoeidheid | <input type="checkbox"/> Droge huid |
| <input type="checkbox"/> Gewichtstoename | <input type="checkbox"/> Snel geïrriteerd zijn | <input type="checkbox"/> Jeuk op armen en/of benen |
| | <input type="checkbox"/> Concentratieverlies | <input type="checkbox"/> Droge mond |
| | | <input type="checkbox"/> Gevoelloosheid in ledematen |

Zijn uw amandelen verwijderd? Ja Nee

Heeft u pijnlijke tanden of kiezen? Ja Nee

Heeft u last van kalknagels? Ja Nee

Heeft u last van Candida? Ja Nee

Heeft u last van andere infecties? Ja Nee

Zo ja, welke?

Uw Doel

Kunt u kort omschrijven wat u met het leren van de Buteyko Methode hoopt te bereiken?

De Buteyko Methode vraagt tijd en inzet. Hoeveel tijd kunt u de komende maanden per dag voor het doen van de Buteyko oefeningen vrij maken?

Ongeveer per dag

Bekendheid Buteyko Methode

Welke uitspraken kloppen in uw geval?

- Ik heb een artikel in een tijdschrift of krant over de Buteyko Methode gelezen.
- Iemand die de Buteyko Methode geleerd heeft, heeft me aangeraden een cursus te doen.
- Ik heb veel informatie over de Buteyko Methode op het internet opgezocht.
- Ik heb met een arts over de Buteyko Methode gesproken.
- Ik heb een boek over de Buteyko Methode gelezen.

Heeft u het boek 'Leven zonder astma dankzij de Buteyko Methode' in uw bezit?

Ja Nee

Zo ja, waar heeft u dit gekocht?

Tenslotte

Ik begrijp dat de Buteyko Cursus bestaat uit een aantal bijeenkomsten waarin we werken aan het normaliseren van onze ademhaling door het aanleren van de Buteyko technieken. Een Buteyko cursus bestaat niet uit een medische behandeling. Verder zal ik, de ondergetekende, mijn gebruik van voorgeschreven onderhoudsmedicijnen (zoals Flixotide™, Pulmicort™, Prednison™) alleen in samenspraak met mijn begeleidend arts verminderen.

Naam

Handtekening