



## Intakeformulier volwassenen

Geachte mevrouw, meneer,  
Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven alle gegevens strikt vertrouwelijk en zullen patiëntgegevens onder alle geldende eisen worden bewaard.

Wilt u na het beantwoorden van de vragen en formulier uitprinten en meenemen naar het intakegesprek?  
Bij voorbaat dank.

Aanhef

Achternaam

Voornaam

Adres

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

Tel (mobiel)

E-mailadres

Beroep

Vorige beroepen

Sport, hobby, vrije tijd

Medicijngebruik

Huisarts

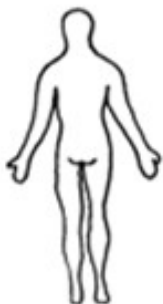
Vestigingsplaats

Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn huisarts

Hoe komt u bij mijn praktijk terecht?

Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze klacht begonnen en onderwelke omstandigheden?



Geef op de figuren aan waar u de klachten voelt, en geef eventuele littekens in **rood** aan

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven (bijv. stekend, brandend, zeurend, schietend etc.)?

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

Welke omstandigheden geven verbetering (bijv. koude, warmte, rust, stress hoger, eten, houding, beweging)?

En welke verergering?

Hoe voelt u zich in het algemeen (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd, blij)?

Zijn er momenten op een dag van inzinking?

Wordt u wakker 's nachts, hoe laat?

Hoe is de stoelgang?

x per dag

x per week

Consistentie

Kleur

Heeft u voor- of afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter?

Voorkeur

Afkeur

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed?

Heeft u grote behoefte aan zoetheid?  Ja  Nee

Zo ja

Rookt u?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u alcohol?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u drugs?  Ja  Nee

Zo ja, welke en hoe vaak?

Drinkt u koffie?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel?

Drinkt u water?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u melkproducten?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel?

Wilt u in het blok hieronder aanvinken welke punten voor u van toepassing zijn? De linkerkolom is voor ouder klachten, de rechterkolom is voor recente klachten.

## **Ziektegeschiedenis**

### **Algemeen**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hoofdpijn             | <input type="text"/> |
| Waar in het hoofd?  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slapeloosheid         |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slecht slapen         |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewichtsveranderingen | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duizeligheid          |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vermoeidheid          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zien                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergie              | <input type="text"/> |

### **Luchtwegen/KNO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ademnood                  |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronisch hoesten         |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronisch verkouden       |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Astma                     |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keelpijn/keelontstekingen |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis                 |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oorsuizen                 |  |

### **Hart en bloedvaten**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloeddruk         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opgezette klieren |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aderverkalking    |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hartslag          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Borst             | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Handen/voeten     | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spataders         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vocht vasthouden  |                      |

### **Maag en darmen**

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Darmontstekingen |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verstoppingen    |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarree          |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droge mond       |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opgezette buik   |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misselijkheid    |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Winderigheid     |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Buik             | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maagzuur         |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloedingen       |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Overig           | <input type="text"/> |

### **Spieren en gewrichten**

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spieren            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lage rugpijn       |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nekpijn            |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ledematen          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewrichtspijnen    |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spieren            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bewegingsbeperking |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reuma              |                      |

### **Huid**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Huid                    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Snel blauwe plekken     |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droge huid              |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Overmatige transpiratie |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jeuk                    |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haar                    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Snel brekende nagels    |                      |

Wilt u in het blok hieronder aanvinken welke punten voor u van toepassing zijn? De linkerkolom is voor ouder klachten, de rechterkolom is voor recente klachten.

## **Ziektegeschiedenis (vervolg)**

### **Urinewegen**

- Nieren
- Pijn bij het plassen
- Prostaatklasten
- Blaasontsteking
- Geslachtsziekte
- Verandering urine
- Verandering libido

### **Vrouw**

- Leeftijd 1e menstruatie
- Pijnlijke menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Langdurige menstruatie
- Pijnlijke borsten
- Endometriose
- Overig
- Zwanger?
- Overgang?

### **Gesteldheid**

- Zenuwachtigheid
- Depressies
- Overbezorgdheid
- Concentratiezwakte
- Geheugenvermindering
- Angst
- Veel piekeren
- Lusteloosheid
- Opkroppen
- Weinig zelfvertrouwen
- Verdriet, droefheid
- Besluiteloosheid
- Geïrriteerdheid
- Opvliegers
- Overig

Heeft u momenteel buiten de reden voor het bezoek nog recente bijkomende klachten?

- 1
- 2
- 3

Familiaire ziekten: erfelijke en niet erfelijke aandoeningen

- Moeder
- Vader
- Overige familieleden

Welke ziekten heet u gehad, operaties en behandelingen. Ook kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, eczeem, etc.  
 De doorgemaakte kinderziekten.  
 Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan  
 Belangrijke ontwikkelingen in uw leven (chtscheiding, overspannen, depressies, etc)  
 Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa)

Leeftijd	Ziekte / klacht / zwangerschap / ontwikkeling

Bent u afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of alternatief genezer (bijvoorbeeld homeaat, chiropractor, acupuncturist)?

Welke ziekte of belangrijke ontwikkeling was het meest ingrijpend?

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voordat uw huidige klachten begonnen?

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie etc. veregering op?