



Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Tijdens 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

Telefoonnummer: _____ E-mail adres: _____

Beroep: _____

Sport, Hobby: _____

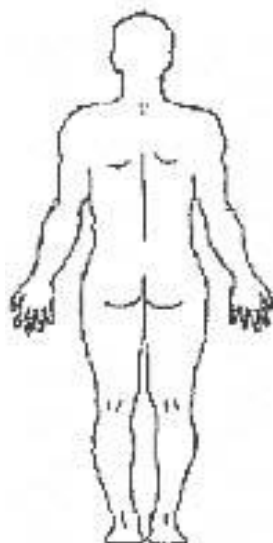
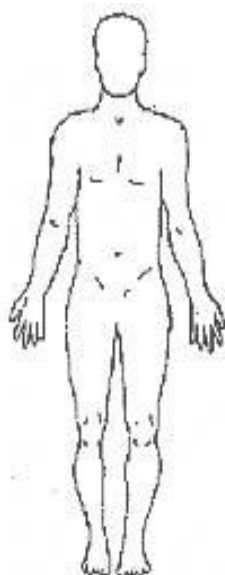
Medicijngebruik: _____

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? Geef tevens littekens in rood aan

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

En welke verergering? _____

Hoe is uw ontlasting? (Regelmatig/onregelmatig/vast/breïig/donker/licht) _____

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

Heeft u een voorkeur of afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter? _____

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

Rookt u? Hoeveel? _____

Drinkt u? Hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Heeft u naast uw hoofdklacht ook bijkomende klachten? _____

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

Moeder: _____

Vader: _____

Overige familieleden: _____

Ziektegeschiedenis

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven heeft gehad? Denk hierbij ook aan:

- kinderziektes, eczeem, allergieën, kleine ongevallen zoals verstuijkingen en kleine operaties zoals amandelen knippen
- Eventuele zwangerschappen en het verloop hiervan
- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven die eventueel van invloed kunnen zijn op uw gezondheid (denk aan echtscheiding, overspannen, depressies)
- Bezoeken aan landen buiten Europa

LUCHTWEGEN

- 0 0 chronisch hoesten
- 0 0 chronisch verkouden
- 0 0 astma
- 0 0 keelpijn/ontstekingen
- 0 0 ontstekingen bijholtes
- 0 0 oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- 0 0 hoge/lage bloeddruk
- 0 0 aderverkalking
- 0 0 pijn/beklemmend gevoel op de borst
- 0 0 hartkloppingen
- 0 0 koude handen/voeten
- 0 0 spataders
- 0 0 vocht vasthouden

URINEWEGEN

- 0 0 nierinfectie/nierstenen
- 0 0 pijn bij het plassen
- 0 0 prostaatklasten
- 0 0 blaasontsteking
- 0 0 verandering urine

VROUW

- Zwanger Nee/Ja
- Kinderen Nee/Ja: _____
- Leeftijd eerste menstruatie: _____
- 0 0 pijnlijke menstruatie
- 0 0 onregelmatige menstruatie
- 0 0 langdurige menstruatie
- 0 0 premenstrueel syndroom

SPIEREN / GEWRICHTEN

- 0 0 gespannen/slappe spieren
- 0 0 lage rugpijn
- 0 0 nekpijn
- 0 0 tintelingen/uitstraling
- 0 0 gewrichtspijnen
- 0 0 spierpijnen/krampen
- 0 0 bewegingsbeperkingen

HUID

- 0 0 eczeem/uitslag
- 0 0 snel blauwe plekken
- 0 0 droge huid/transpiratie
- 0 0 jeuk

GESTELDHEID

- 0 0 zenuwachtigheid
- 0 0 depressies
- 0 0 concentratiezwakte
- 0 0 angst
- 0 0 veel piekeren
- 0 0 besluiteloos
- 0 0 geïrriteerd
- 0 0 opvliegers
- 0 0 overig: