

Datum: \_\_\_\_\_

Geachte Mevrouw, Meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_ M/V

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_ BSN (sofinummer): \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Vorige beroepen: \_\_\_\_\_

Sport, Hobby, Vrije tijd: \_\_\_\_\_

Medicijngebruik: \_\_\_\_\_

Behandelend arts: \_\_\_\_\_ spec: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts\* \_\_\_\_\_

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: \_\_\_\_\_

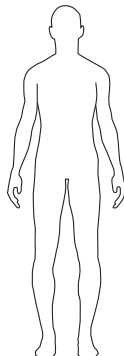
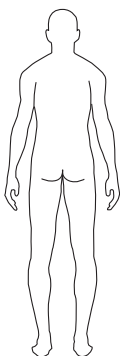
Wat is uw voornaamste klacht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



\* Zie brief intake, aankruisen.

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?  
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend):

\_\_\_\_\_

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

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

\_\_\_\_\_

En verergering? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Zijn er momenten op een dag van inzinking? \_\_\_\_\_

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? \_\_\_\_\_

Hoe is de stoelgang? \_\_\_\_\_ x dagelijks/ \_\_\_\_\_ x per week. Regelmatig / onregelmatig

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig\*      Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart\*

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

voorkeur: \_\_\_\_\_ afkeur: \_\_\_\_\_

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed? \_\_\_\_\_

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? JA/NEE \_\_\_\_\_

Rookt u? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Drinkt u koffie? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? \_\_\_\_\_

Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

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

Moeder: \_\_\_\_\_

Vader: \_\_\_\_\_

Overige Familieleden: \_\_\_\_\_

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij keuzemogelijkheden\*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

### ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ maandelijks \*
- Waar in het hoofd? \_\_\_\_\_
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering: toename/ afname \*
- duizeligheid
- vermoedheid: continu/ ochtend/ middag/ avond \*
- dubbel/ vaag zien
- allergie: \_\_\_\_\_
- Overig: \_\_\_\_\_

### LUCHTWEGEN/ K.N.O.

- hyperventilatie
- ademnood
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ ontstekingen
- sinusitis
- oorsuizen
- longontsteking
- Overig: \_\_\_\_\_

### HART EN BLOEDVATEN

- hoge/ lage bloeddruk\*
- opgezette klieren
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn/ beklemming borst
- hartkloppingen
- koude handen/ voeten
- spataders
- vocht vasthouden
- Overig: \_\_\_\_\_

### URINEWEGEN

- nierinfectie/ nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido
- Overig: \_\_\_\_\_

### HUID

- eczeem/ uitslag \*
- snel blauwe plekken
- droge huid/ transpiratie \*
- doofheid/ huid
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval/ brekend haar \*
- overig: \_\_\_\_\_

### MAAG/ DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- droge mond
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/ krampen\*
- maagzuur
- bloedingen
- overig: \_\_\_\_\_

### SPIEREN/ GEWRICHTEN

- gespannen/ slappe spieren \*
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/ uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/ krampen
- bewegingsbeperking
- reuma
- krachtsvermindering
- overig: \_\_\_\_\_

### VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: \_\_\_\_\_
- pijnlijke menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- pijnlijke borsten
- premenstrueel syndroom
- witte vloed
- Overig: \_\_\_\_\_

### GESTELDHEID

- burn-out
- overspannen
- zenuwachtigheid
- depressies
- overbezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet, droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Ziektegeschiedenis.**

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

- 1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
- 2. De kinderziektes die u heeft gehad en eventuele inenting.
- 3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
- 4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (chtscheiding, overspannen, depressies, etc.).
- 5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa) en eventuele inenting.

LEEFTIJD	ZIEKTE/ KLACHT/ ZWANGERSCHAP/ ONTWIKKELING.
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven? \_\_\_\_\_

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen? \_\_\_\_\_

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verergering van: \_\_\_\_\_