**Intakeformulier**

De volgende vragen betreffen uw persoon en uw ziektegeschiedenis. Ze zijn bedoeld om inzicht te krijgen in uw huidige ziektebeeld en vergemakkelijken van het intakegesprek. Daarin kunt u uw antwoorden zo nodig toelichten.

Vul uw antwoorden in de grijs omkaderde velden in.

Medicijnen en vaccinatieboekje graag meenemen voor de test.

**ALGEMEEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
|  |  |
| Adres |  |
|  |  |
| Postcode |  |
|  |  |
| Plaats |  |
|  |  |
| Burgerlijke staat |  |
|  |  |
| Godsdienst |  |
|  |  |
| Beroep |  |
|  |  |
| Telefoon privé |  |
|  |  |
| Telefoon mobiel |  |
|  |  |
| Geboortedatum |  |
|  |  |
| e-mailadres |  |
|  |  |
| Huisarts |  |
|  |  |
| Specialist |  |
|  |  |
| Andere behandelaar(s) |  |
|  |  |
| Verzekering en polisnr |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wat is uw hoofdklacht? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Kunt u ook andere klachten noemen die u wel eens heeft? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Is er een reguliere diagnose gesteld? Zo ja, welke? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Geef in chronologische volgorde vanaf uw geboorte uw ziektegeschiedenis weer. Denk ook aan kinderziektes. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Welke (erfelijke) ziekten komen er in de familie voor? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Welke medicijnen heeft u de laatste jaren gebruikt? Of vanaf de geboorte? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Welke homeopatische middelen, vitaminen of andere supplementen gebruikt u of heeft u gebruikt? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Gebruikt u de pil? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Wanneer is er voor het laatst een röntgenfoto gemaakt Denk ook aan de tandarts. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u andere onderzoeken gehad (MRI, CT)? Zo ja, wanneer? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u operaties ondergaan? Zo ja, wanneer en welke? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Bent u wel eens onder narcose geweest? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u littekens of hechtingen? Zo ja, waar? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | Ja |  | Nee |  |
| * Littekens die u nog voelt (bijvoorbeeld bij weersveranderingen) | | | | |  |  |  |  |
| * Wonden gehad die pas na langere tijd genazen | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| Wanneer bent u voor het laatst gevaccineerd? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Waarvoor bent u allemaal gevaccineerd? Denk aan kinderziektes en buitenlandreizen. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u wel eens een grote val gemaakt ? (auto ongeluk, hersenschudding) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Vragen betreffende psychische welstand** | | | | | Ja |  | Nee |  |
| Voelt u zich vaak eenzaam | | | | |  |  |  |  |
| Maakt u zich snel zorgen? (toekomst, kinderen) | | | | |  |  |  |  |
| Bent u over het algemeen ontevreden? | | | | |  |  |  |  |
| Zijn er spanningen in huiselijke sfeer? | | | | |  |  |  |  |
| Zijn er spanningen in de beroepssfeer? | | | | |  |  |  |  |
| Zijn er personen in uw leven met wie u in een ernstig conflict bent verwikkeld? | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| Hoe karakteriseert u uzelf? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoeveel alcohol drinkt u per week? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoeveel sigaretten rookt u per week? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoeveel snoept u per week en wat? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Doet u aan lichaamsbeweging? Zo ja, wat doet u? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoe ziet algemeen uw dagmenu er uit met eten, drinken en fruit? | | | | | | | | |
| ’s Ochtends | | | |  | | | | |
| Tussendoor | | | |  | | | | |
| ’s Middags | | | |  | | | | |
| Tussendoor | | | |  | | | | |
| ‘s avonds | | | |  | | | | |
| Tussendoor | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoe vaak per week gebruikt u voeding uit de magnetron? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u een bepaald voedingsmiddel waar u niet zonder kan? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Wat is uw smaak? | | | | | | | | |
|  |  | Zuur/bitter/zoet/scherp | | | | | | |
|  |  | Gekruid/zout/hartig | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u amalgaan (grijze vulling) in uw gebit? Zo ja, hoeveel en hoe lang al? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u wortelkanaalbehandelingen ondergaan? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Bent u wel eens zwanger geweest? Zo ja, hoeveel zwangerschappen heeft u gehad? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoeveel kinderen heeft u? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoe voelde u zich tijdens de zwangerschap? Waren er complicaties? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoe is nu uw menstruatie? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u wel eens opvliegers? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Onder wat voor omstandigheden bent u geboren? Ziekenhuis/thuis, keizersnee, complicaties? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Wat was uw geboortegewicht? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Bent u wel eens gebeten door een dier (ook teek)? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Bent u ergens allergisch voor? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Staat u ’s morgens fit op? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Slaapt u goed? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Bent u kouwelijk of warm? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Houdt u meer van warme of koude dranken? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hoe vaak plast u per dag? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Moet u ’s nachts ook wel eens plassen? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Hoe is uw ontlasting?** | | | | | Ja |  | Nee |  |
| Komt het iedere dag? | | | | |  |  |  |  |
| Goed gevormd? | | | | |  |  |  |  |
| Vaak te hard? | | | | |  |  |  |  |
| Wisselend diarree en obstipatie? | | | | |  |  |  |  |
| Opvallend stinkende ontlasting? | | | | |  |  |  |  |
| Bevat soms wormen/wormpjes? | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u wel eens pijn op de borst? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Heeft u vaak koude handen en/of voeten? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Zijn er onderzoekingen geweest, die niet aan bod zijn geweest? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Wilt u verder nog iets kwijt naar aanleiding van het eerste consult of in het algemeen? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Bedankt voor uw medewerking, uiteraard gaan wij zeer vertrouwelijk om met uw gegevens.  Deze gegevens worden zonder uw toestemming niet besproken met derden.  Uitgebreidere informatie over uw privacy en algemene voorwaarden kunt u vinden op de website van praktijk Beter.  Bij de eerste afspraak vraag ik u een behandelovereenkomst te ondertekenen, dit formulier krijgt u mee. De onderstaande handtekeningen zijn nodig voor mijn administratie. **Bij een minderjarig persoon graag de handtekening van vader en van moeder dit is wettelijk verplicht.**  U verklaart zich hiermee akkoord met de behandeling en de kosten van het consult.  De tarieven staan vermeld op de website van praktijk Beter.  *Afmelden:*  *Graag telefonisch of per mail 24 uur van tevoren, anders wordt de gereserveerde tijd in rekening gebracht! U ontvangt dan een now-show factuur.*  Wijze van betalen:  Pinbetaling of contante betaling na afloop van de behandeling.  **Met deze afspraken verklaar ik mij akkoord,**  **Handtekening Cliënt : Handtekening behandelaar :** | | | | | | |