|  |
| --- |
| Intake formulier volwassen |
|  |  |  |  |  |
| Algemeen persoonlijke gegevens |
| Naam: |  |  | Geboortedatum: |  |
| Voornaam |  |  | Email adres: |  |
| Adres |  |  | Telefoonnr: |  |
| Postcode |  | Woonplaats |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Medische gegevens |
|  |  |  |  |  |
| Huisarts: |
| Bent u onder de behandeling van een specialist/ therapeut, naam: |  | Specialisatie |  |
| Door wie bent u geïnformeerd/ geadviseerd? |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Gebruikt u op dit moment medicatie? |
| Naam | Merk | Gebruik |  | Hoeveelheid |
|  |  |  | X daags |  |
|  |  |  | X daags |  |
|  |  |  | X daags |  |
|  |  |  |  |  |
| Gebruikt u andere middelen die u zijn voorgeschreven door anderen of op eigen intitiatief, bijvoorbeeld voedingssupplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten/ Gelieve deze 24 uur voor het consult niet meer in te nemen. |
| Naam | Merk | Gebruik |  | Hoeveelheid |
|  |  |  | X daags |  |
|  |  |  | X daags |  |
|  |  |  | X daags |  |
| Graag de medicatie en supplementen bij het consult meebrengen |
|  |  |  |  |  |
| Leefsituatie |
| Wat is uw beroep: |  |  |  |
| Wat waren uw vorige werkzaamheden: |  |  |  |
| Wat doet u voor hobby/ sport/ vrije tijd: |  |  |  |
| Aanvulling: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Klachten |
| Wat is uw voornaamste klacht: |  |
| Welke bijkomende klachten heeft u: |  |
| Wanneer is/ zijn deze ontstaan: |  |
| Was er een aanleiding: |  |
| Hoe uit(en) zich deze: |  |
| Welke cijfer zou u uw gezondheid geven |  | Van 1 tot 10 (1 is slecht, 10 is uitstekend |
| Zijn er omstandigheden die verbetering geven: |  |
| Zijn er omstandigheden die verslechtering geven: |  |
| Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: |  |
| Is/zijn uw klacht(en) periode afhankelijk, bijv tijd, dag, maand, seizoen: |  |
|  |
| Heeft u pijn: | Ja | Nee |  |  |
| Zo ja, wat is de aard van de pijn | Stekend  | Brandend | Zeurend | Schietend |
|  | Kloppend | Dof | Snijdend |  |
| Aanvulling: |  |
|  |  |  |  |  |
| Persoonlijke kenmerken |
|  |  |  |  |  |
| Hoe voelt u zich in het algemeen: |  |  |  |
| Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking: |  |  |  |
| Kunt u gemakkelijk inslapen | Ja | Nee | Wordt u s’nachts wakker, hoe laat: |  | uur |
| Frequentie van de stoelgang |  | X daags |  | x per week | Regelmatig | Onregelmatig |
| Consistentie van de stoelgang | Vast | Brijig | Zacht | Waterig |
| Kleur van de stoelgang | Wit | Lichtbruin | Geelbruin | Donkerbruin | Zwart | Groen |  |
| Transpireert u: | Veel | Weinig | Niet  | Sterk ruikend |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Graag aankruisen waarin u zichzelf herkent: |
|  |  |  | Piekeren |  |
| Angstig | Boos | Perfectionist |  |  |
| Hyperactief | Verdrietig | Gejaagd | Cijfer mezelf snel weg |  |
| Depressief | Snel schuldgevoel | Stressgevoelig | Veel zelfvertrouwen |  |
| Opkroppen | Blij | Bezorgd | Weinig zelfvertrouwen |  |
|  |  |  |  |  |
| Historie en familie |
| Welke ziekten, operaties, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft u in uw leven doorgemaakt? |
|  |
| Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in uw leven |  |
| Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt |  |  |
| Heeft u antibiotica gebruikt: | 1 keer | regelmatig | Heel vaak | langdurig |
| Heeft u buiten Europa gereisd: | ja | nee | Zo ja, waar |  |
| Heeft u vaccinaties gehad ivm | reizen | griep | Rijksvaccinatie | Corona |
| Bent u in het verleden eerder onder behandeling geweest van een therapeut/ specialist (bijv. internist, cardioloog, homeopaat etc)? |
|  |
| Welke ziekten en/of aandoeningen (wel of niet erfelijk) komen in uw familie voor: |
| Moeder: |  | Vader: |  |
| Anders: |  |
|  |  |  |  |
| Voedingsgewoonten |
| Eet u: | Vegetarisch | Veganistisch | Anders |  |  |
| Heeft u voorkeur voor: | Zoet | Zout | Zuur | Pikant | Bitter |
| Heeft u afkeur voor: | Zoet | Zout | Zuur | Pikant | Bitter |
| Welke voedingsmiddelen of dranken verdraagt u niet goed: |  |
| Heeft u grote behoefte aan zoetigheid | Ja | Nee | Wat neemt u dan: |  |
| Drinkt u koffie: | Ja | Nee | Hoeveel: |  |
| Drinkt u alcohol: | Ja | Nee | Wat en hoeveel: |  |
| Rookt u: | Ja | Nee | Hoeveel |  | Hoe lang: |  |
| Gebruikt u drugs? |  | Ja | Nee |  |  |
| Aanvulling: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Allergie/ overgevoeligheden |
| Heeft u weleens een koortslip | Ja | Nee |  |  |  |
| Allergie/overgevoeligheid voor  | gluten | koemeleiwit | lactose | hooikoorts | huisstofmijt |
|  |  | vruchten | insecten | sieraden | paracetamol | antibiotica |
| Aanvulling |  |
| Algemeen | Vroeger | Nu |  | Spijsvertering | Vroeger | Nu |
| Migraine |  |  |  | Buikkramp |  |  |
| Duizeligheid |  |  |  | Misselijkheid |  |  |
| Slechte concentratie |  |  |  | Winderigheid |  |  |
| Slecht geheugen |  |  |  | Borrelende buik |  |  |
| Gewichtsverandering |  |  |  | Obstipatie |  |  |
| Toename | Afname |  |  | Diarree |  |  |
| Vermoeidheid |  |  |  | Bloed bij de ontlasting |  |  |
| Continue | ochtend | middag | avond |  | Slijm bij de ontlasting |  |  |
| Zichtvermogen |  |  |  | Droge mond |  |  |
| Vaag zien | Dubbel zien | staar | nachtblind |  | Slechte adem |  |  |
| Hoofdpijn: |  |  |  | Opgeblazen gevoel |  |  |
| Dagelijks | wekelijks | maandelijks |  | Brandend maagzuur (reflux) |  |  |
| Waar in het hoofd heeft u pijn: |  |  | altijd | Na de maaltijd | S’nachts |
| Aanvulling: |  |  | Anus | jeuk | kramp | aambeien |  |  |
|  |  |  | Veel speeksel/ kwijlen |  |  |
|  |  |  | Aanvulling |  |
|  |  |  |  |
| Circulatie | Vroeger | Nu |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |