



## INTAKE FORMULIER

Naam: .....

Adres: .....

Postcode: ..... Woonplaats:

Geslacht: .....

Telefoon: .....mobiel.....

Email .....

Geboortedatum: .....

Burgerlijk staat:.....

Kinderen: .....

Beroep / bezigheid: .....

Hobby's: .....

Sporten: .....

Lengte: ..... m

Gewicht: ..... kg

Zorgverzekering: .....

Naam huisarts: .....

\* Geeft u toestemming om informatie in te winnen bij de huisarts en/of verwijzer:

Ja            Nee

\* Geeft u toestemming om de huisarts en/of verwijzer te informeren Ja            Nee

\* KLACHTEN;

\* Wat is uw hulpvraag? : .....

\* Wat is het verloop van uw klachten? (fysiek/emotioneel).....

.....

\* Kunt u iets vertellen over uw slaappatroon? Hoe lang/ rustig/ onrustig /snurken/  
kaakklemmen of tandenknarsen?

.....

.....

\* ALLERGIËN?

\*Heeft u last van voedselintolerantie, gluten intolerantie (coeliakie) of koemelk  
allergie (lactose- intolerantie)? Of van bepaalde voedingsmiddelen of stoffen die in  
wasmiddelen, haarverf of shampoos zijn verwerkt.

.....

.....

\* Welk behandeldoel heeft de behandeling?

.....

.....

\* Overige informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

.....

.....

.....

\* Eerder gevolgde therapieën

.....

.....

.....

.....

\* Wat heeft het opgeleverd/gebracht?

.....  
.....  
.....  
.....

\* Sinds wanneer heeft u last van deze klacht(en)?

.....  
.....  
.....  
.....

\* Wat heeft u er al mee gedaan? .....

.....

\* Wanneer heeft u er last van?

.....

\* Zijn er momenten dat u er geen last van heeft? Zo ja, welke momenten zijn dat?

.....

\* Bent u voor deze klacht onder behandeling bij een specialist of andere therapeut?

.....

\* Is er een diagnose gesteld?.....

\* Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?.....

Zo ja, bij wie?.....

\* Wat was het resultaat van de behandeling tot nu toe?.....

\* Bent momenteel onder behandeling bij huisarts/specialist/psycholoog/.....

\* Gebruikt u medicijnen/ voedingssupplementen, kruiden of homeopathische geneesmiddelen?.....

\* Zo ja, welke, dosering, frequentie van inname.....

\* Door wie zijn deze voorgeschreven?

.....

\* Meegemaakte gebeurtenissen/situaties die een impact gehad hebben?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* VOEDINGSPATROON ( uitgebreid, dus incl. broodsoort, boter, beleg etc.);

Neem een gemiddelde dag, wat eet en drinkt u dan, gebruikt u alcohol of rookt u?

.....

's Ochtends:

evt. Tussendoor:

's Middags:

evt. Tussendoor:

's Avonds :

evt. Knabbelen:

\* UITSCHIEDING:

\* Hoe is het met uw ontlasting? Welke kleur – geur - textuur heeft het? Heeft u vaak last van darmklachten zoals diarree of obstipatie? Hoe vaak per dag heeft u een grote boodschap?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Hoe is uw urine? Welke kleur en geur heeft het? Gaat u vaak plassen?

.....  
.....  
.....  
.....

\* Hoe zit het met zweten? Heeft u last van nachtelijk zweten, klamme handen of overmatig zweten uit handen, oksels en voeten?

.....  
.....  
.....

\* ENERGIENIVEAU:

\* Hoe zit het met u energie? Vaak vermoeid – veel energie

.....  
.....  
.....

\*STRALINGSGEVOELIGHEID

\* Ondervind u last van straling van mobiele telefoon, magnetron, zendmasten of hoogspannings masten?

.....  
.....  
.....

\*PSYCHISCHE KLACHTEN:

\* Is er bij u in het verleden een psychische ziekte of een bepaalde stoornis geconstateerd? Psychotisch, PTSS (post traumatisch stress syndroom), postnatale depressie, ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), PDD-NOS of autisme?

\* VROUWEN:

\* Hoe verloopt uw menstruatie cyclus, regelmatig/ onregelmatig, geen-/matige-  
/hevige bloedingen, PMS, overgangsklachten, .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Heeft u wel eens witte vloed of afscheiding tussen door?

\* Hoe was/waren uw  
zwangerschap(pen)/bevalling(en)?.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Weet u hoe uw eigen bevalling is verlopen? Thuis, ziekenhuis, keizersnede?

.....  
.....  
.....  
.....

\* Heeft u borstvoeding gehad? Zo, ja hoe lang?

.....  
.....

