

# Intakeformulier volwassenen



*Geachte mevrouw / meneer, verzorgers,*

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven deze gegevens strikt geheim. Bij voorbaat dank voor uw inspanning.

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

Beroep:

Sport / hobby's:

Huisarts:

Medicijngebruik:

Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

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

Als u pijn heeft kunt u de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, schietend, zeurend, enz.)

Welke omstandigheden geven verbetering? (warmte / kou, rust / stress / beweging, houding, eten, enz)

Welke omstandigheden geven verslechtering?

Bent u al eerder voor uw klachten onder behandeling geweest?

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

Rookt u? Hoeveel?

Gebruikt u alcohol? Hoeveel?

Drinkt u koffie? Hoeveel?

Hoe is uw stoelgang?

- |                                      |                                     |                                     |                                       |                                      |                                |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> x dagelijks | <input type="checkbox"/> x per week | <input type="checkbox"/> regelmatig | <input type="checkbox"/> onregelmatig |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> vast        | <input type="checkbox"/> breijig    | <input type="checkbox"/> waterig    | <input type="checkbox"/> zacht        |                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> wit         | <input type="checkbox"/> lichtbruin | <input type="checkbox"/> geel       | <input type="checkbox"/> bruin        | <input type="checkbox"/> donkerbruin | <input type="checkbox"/> zwart |




Welke ziekte / gebeurtenis was het zwaarst in uw leven?

Wilt u op deze pagina aangeven welke punten op u van toepassing zijn? De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Bestaan oude klachten nu nog, dan kruist u beide kolommen aan.

**Algemeen**

- hoofdpijn
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering
- duizeligheid
- vermoeidheid
- dubbel / vaag zien
- allergie

**Maag / Darmen**

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn / krampen
- borrelende buik
- maagzuur
- bloed bij ontlasting

### Luchtwegen

- ademnood
- astma
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- keelpijn / ontstekingen
- bijholte ontstekingen
- oorsuizen

### Spielen / Gewrichten

- gespannen spieren
- krachtsverlies
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen / uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen / krampen
- bewegingbeperkingen

### Hart en bloedvaten

- hoge / lage bloeddruk
- aderverkalking
- pijn op de borst
- hartkloppingen
- koude handen / voeten
- spataderen
- vocht vasthouden

### Huid

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

### Urinewegen / Genitaal

- nierinfectie / nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido

### Gesteldheid

- depressie
- concentratiezwakte
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- besluiteloosheid
- verdrietig
- opkroppen
- geïrriteerd
- opvliegers
- geheugenvermindering
- weinig zelfvertrouwen
- zenuwachtigheid

### Vrouw

Zwanger nee / ja (zoja, hoeveelste keer):

Kinderen: nee / ja (zoja, hoeveel):

1e menstruatie op welke leeftijd?

- pijnlijke menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- premenstrueel syndroom
- witte vloed