

Intake formulier

datum - -

Persoonsgegevens

Naam: _____ man / vrouw

Adres: _____

Postcode: Woonplaats: _____

Geboortedatum: - - - BSN: _____

Zorgverzekering: Telefoonnummers: _____

Polisnummer: Email adres:

Medische gegevens

Omschrijving van de klachten en symptomen: _____

Vanaf wanneer en oorzaak klacht: _____

Diagnose: _____
door arts of specialist? _____

Operatie i.v.m. klacht of anders: _____

Medicijnen; welke gebruikt u? _____
ook medicijngebruik niet ivm deze klacht _____

Andere therapieën?: _____

Contra-indicaties: GEEN (indien geen van de onderstaande van toepassing is)

- Elektrische implantaten
- Epilepsie
- Kanker
- Jonge kinderen
- Zwangerschap
- Hersen of hart infarct, of acute trombose

Leefomstandigheden / leefstijl

Leef met: - partner: ja / nee

- kinderen: ja / nee

- huisdieren: ...

Huisvesting (waar/welke): ...

- tevreden: ja / nee, reden: ...

Werk: ...

- tevreden: ja / nee, reden: ...

I.v.t. werkloos sinds: ...

- tevreden: ja / nee, reden: ...

Hobby's: ...

Sport/beweging: ...

tevreden/veranderen

Roken: ja / nee

tevreden/veranderen

Alcohol: ja / nee

tevreden/veranderen

Indien ja: af en toe / elke dag

Indien elke dag: één glas / meerdere glazen

Slaappatroon: goed/ slecht

Indien slecht, wat is de oorzaak (indien bekend): ...

Welke uitspraak past het best bij u:

- Ik let er op of ik voldoende groente en fruit en regelmatig eet, ongeveer drie keer op een dag.
- Ik denk wel dat ik redelijk gezond leef, maar ik ben daar niet echt mee bezig.
- Ik denk dat ik misschien wel wat meer aandacht aan mijn voedingspatroon zou mogen besteden.