**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 :** |