

Datum invulling formulier:

Intakeformulier Praktijk Anma

Hieronder treft u een vragenlijst bedoeld om inzicht te krijgen in uw gezondheidstoestand en hulpvraag. Daarom verzoek ik u onderstaand formulier schriftelijk in te vullen en mee te nemen naar het eerste consult.

▼ Cliënt gegevens

Naam:

Geboorte datum:

Geslacht

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

▼ Zorggegevens

Zorgverzekering:

Klantnummer:

Huisarts:

Telefoon:

Gegevens specialist:

⊗ Gebruikt u op dit moment reguliere medicatie? Zo ja, welke en waarvoor?

Naam andere huidige behandela(a)r(en):

⊗ Gebruikt u bepaalde vitamines, kruiden, homeopathische middelen of andere alternatieve preparaten? Zo ja, welke en neemt u deze op eigen initiatief?

⊗ Kruis aan indien van toepassing:

O elektrische implantaten (vb pacemaker), O epilepsie, O recentelijk hersen- of hartinfarct, acute trombose O kanker, O gebruik bloedverdunners, O zwanger, hoeveel weken?

▼ Voornaamste klacht

⊗ Reden van bezoek:

⊗ Geef een beschrijving van deze voornaamste klacht(en):

⊗ Wat is het verloop van deze klacht door de dag heen?

⊗ Hoelang heeft u deze klachten al?

:

- ⊗ Wat zijn de huidige (bijkomende) klachten?

- ⊗ Heeft u op dit moment pijn en hoe zou u die beschrijven? Geef daarbij de pijnbeleving op een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijk).

- ⊗ Bent u voor deze klacht(en) elders behandeld geweest of nu onder behandeling? Bij welke arts/ specialist/ therapeut en wat is hun diagnose?

- ⊗ Wat doet u zelf om de klachten te verminderen?

- ⊗ Wat verwacht u van de behandeling?

▼ Uw ziektegeschiedenis

- ⊗ Bent u in het verleden nog onder behandeling geweest van een regulier arts of specialist? Welk specialisme en wat is de diagnose en behandeling?

- ⊗ Heeft u operaties ondergaan? Indien ja, wanneer, waarvoor en hoe verliep het herstel?

- ⊗ Bent u onder behandeling (geweest) van een alternatief geneeskundige of therapeut? Welk specialisme en waarvoor is behandeld?

- ⊗ Zijn er ernstige of chronische ziekten in de familie? Zo ja, welke?

▼ Uw algemene gezondheid

- ⊗ Geef een cijfer voor uw huidige, algemene staat van gezondheid. Tussen de 1(slecht) en de 10 (uitmuntend)

:

- ⊗ Kunt u een globale beschrijving van uw voedingspatroon schetsen?

- ⊗ Hoe verloopt uw spijsvertering?

- ⊗ Bent u ergens allergisch voor qua voedsel, luchtwegen of huid?

- ⊗ Hoe verloopt uw ademhaling(ritme)?
- ⊗ Slaapt u goed? Zo nee, moeite met:
O in slaap komen, O doorslapen, ik word wakker om uur, O veel te vroeg wakker.
- ⊗ Hoe staat het met de energie in uw lijf?

▼ Vrouw

- ⊗ Kunt u een beschrijving geven van uw menstruatie of overgang?

- ⊗ Gebruikt u anti-conceptie? Welke?

▼ Werk & privé

- ⊗ Wat is uw beroep?

- ⊗ Hoeveel uur per week werkt u?

- ⊗ Hoe is het werkklimaat (wegstrepen wat niet van toepassing is)
Zittend / staand / afwisselend / eentonig / leuk / hectisch / verantwoordelijk/

- ⊗ Woonsituatie (wegstrepen wat niet van toepassing is)
Partner / kinderen / rustig / stressvol / gescheiden / hectisch / drukke leefomgeving / stankoverlast
lawaai-overlast / fabrieksoverlast / burenoverlast of anders, nl:

- ⊗ Doet u aan lichaamsbeweging en in welke mate?

- ⊗ Wat doet u voor ontspanning?

▼ Mentaal-emotioneel

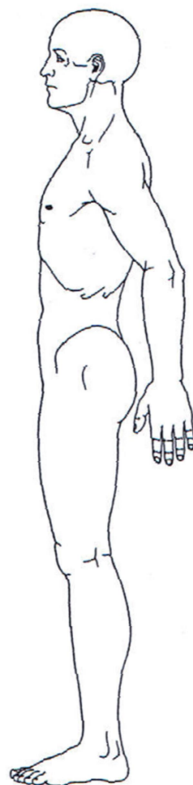
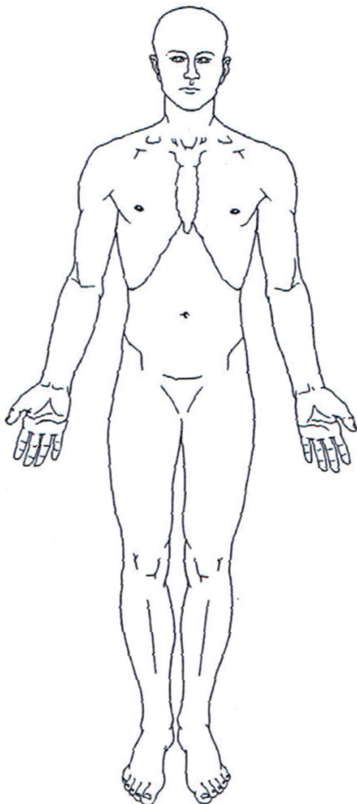
- ⊗ Ervaart u op dit moment stress?
- ⊗ Heeft u in het verleden met noemenswaardige spanningen te maken gehad?
- ⊗ Wat is de rode draad in uw leven, is er sprake van terugkerende belastende patronen?

Hartelijk dank dat u de tijd heeft genomen dit formulier in te vullen!

Ik verklaar hiermede dat alle gegevens door mij naar waarheid zijn ingevuld en ik heb mij vergewist van de privacyverklaring en akkoord ben met de algemene voorwaarden.

Uw naam:

Handtekening:



Links



Rechts

