

**Intake formulier volwassenen**

Zou U onderstaande vragen duidelijk en nauwkeurig kunnen invullen, deze worden bij het intakegesprek met U doorgenomen. Uw gegevens vallen onder het beroepsgeheim en blijven privé.

**Persoonlijke gegevens**

Naam: Voornaam: man / vrouw:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Adres:

|  |
| --- |
|  |

Postcode: Woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Geboortedatum: Geboorteplaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Telefoon: Mobiel:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Emailadres:

|  |
| --- |
|  |

Beroep nu: Vroeger:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Sport / hobby’s / vrije tijd::

|  |
| --- |
|  |

Huisarts: Plaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ja, ik geef toestemming om eventueel mijn huisarts op de hoogte te stellen |

Medicijnen/reden:

|  |
| --- |
|  |

Door wie bent u over ons geinformeerd?

|  |
| --- |
|  |

Specialist nu/vroeger:

|  |
| --- |
|  |

Locatie/ziekenhuis: Plaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Klachten**

Wat is uw voornaamste klacht?

|  |
| --- |
|  |

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

|  |
| --- |
|  |

Als U pijn heeft, kunt U deze dan omschrijven? (stekend/brandend/borend/zeurend/kloppend)

|  |
| --- |
|  |

Is er regelmaat in uw klachten? (ochtend/middag/avond/nacht)

|  |
| --- |
|  |

Wat vermindert uw klachten? (bijv. kou, warmte, rust, houding, honger, eten, beweging)

|  |
| --- |
|  |

Wat verergert uw klachten? (sterke fysieke/psychische belasting, klimaatverandering,koorts, menstruatie)

|  |
| --- |
|  |

Hoe voelt U zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd)

|  |
| --- |
|  |

Wat zijn de bijkomende klachten nu?

|  |
| --- |
|  |

Hoe is uw stoelgang?

X per dag X per week:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Regelmatig |  | Onregelmatig |

Consistentie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Breiig |  | Hard |
|  | Vast |  | Waterig |
|  | Zacht |  | n.v.t. |

Kleur:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Donkerbruin |  | Geelbruin |
|  | Lichtbruin |  | Wit |
|  | Zwart |  | n.v.t. |

Welke spijzen of dranken liggen U niet goed?

|  |
| --- |
|  |

Heeft U grote behoefte aan zoetigheid?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Rookt U?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

… sigaretten per dag / week

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Drinkt U koffie?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

… koppen per dag / week

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Gebruikt U alcohol?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

… glazen per dag / week

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Gebruikt U drugs?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Welke en hoe vaak:

|  |
| --- |
|  |

Bent U ooit onder behandeling geweest bij een fysiotherapeut, manueel therapeut, chiropractor of een alternatief

genezer (bijv. homeopaat, mesoloog, acupuncturist)? Voor welke klachten?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven tot nu toe?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste vóór uw huidige klachten begonnen?

|  |
| --- |
|  |

**Ziektegeschiedenis**

Wilt U hier met het vermelden van uw leeftijd, aangeven wat voor U van toepassing is of was

**Algemeen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Hoofdpijn |  | Duizeligheid |
|  | Slecht inslapen |  | Vermoeidheid |
|  | Slecht doorslapen |  | Dubbel/vaag/slecht zien |
|  | Forse gewichtsverandering |  | Allergie: |

**Maag / Darmen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | darmontsteking |  | verstopping |
|  | diarree |  | droge mond |
|  | opgezette buik |  | misselijkheid |
|  | winderigheid |  | buikpijn/krampen |
|  | borrelende buik |  | maagzuur |
|  | overig: |  |  |

**Luchtwegen / KN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ademnood |  | chronisch hoesten |
|  | astma |  | keelpijn/ontstekingen |
|  | sinusitis (voorhoofdholteontst) |  | oorsuizen |

**Hart en bloedvaten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | hoge/lage bloeddruk |  | onregelmatige hartslag |
|  | aderverkalking |  | hartkloppingen |
|  | koude handen/voeten |  | spataders |
|  | vocht vasthouden |  |  |

**Spieren / gewrichten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | gespannen spieren |  | slappe spieren |
|  | lage rugpijn |  | nekpijn |
|  | tinteling: |  | gewrichtspijnen: |
|  | spierpijen/krampen |  | bewegingsbeperking: |
|  | reuma (vastgesteld door huisarts?) |  |  |

**Urinewegen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nierinfectie/stenen |  | pijn bij plassen |
|  | prostaatklachten |  | blaasontsteking |
|  | geslachtsziekte |  | verandering urine |
|  | verandering libido |  |  |

**Huid**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | eczeem |  | snel blauwe plekken |
|  | droge huid |  | overmatig transpiratie |
|  | jeuk |  | haaruitval |

**Vrouw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | zwanger JA/NEE |  | pijnlijke menstruatie |
|  | onregelmatige menstruatie |  | pijnlijke borsten |
|  | premenstrueel syndroom |  | witte vloed |
|  | opvliegers |  | overgang |

**Gesteldheid**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | zenuwachtig |  | depressie |
|  | geïrriteerdheid |  | concentratiezwakte |
|  | geheugenvermindering |  | angst |
|  | piekeren |  | opkroppen |
|  | verdriet |  |  |

**Kunt U in chronologische wijze opschrijven: doorgemaakte klachten, ziektes, operaties, ongevallen en behandelingen in uw leven. Ook kleine zaken als botbreuken, verstuikingen, tandbehandelingen, een beugel, amandelen, eczeem, allergie en de zijde links of rechts vermelden.**

**Uw doorgemaakte kinderziekten meegemaakte zwangerschappen en het verloop hiervan (volbracht / niet volbracht).**

**Belangrijke of ingrijpende periodes kunnen van belang zijn (scheiding, overlijden, depressie, overspannen). Bezoeken in het buitenland.**

Leeftijd Ziektegeschiedenis

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Dank u wel voor uw tijd en moeite!

Team Osteopathie Verstraten

[Aanmelding behandelovereenkomst](https://osteopathieverstraten.nl/behandelovereenkomst/)

[Disclaimer & Privacyverklaring](https://osteopathieverstraten.nl/disclaimer-en-privacyverklaring/)