

*Geachte mevrouw /meneer, verzorger(s),*

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 beroepsgeheim. Bij voorbaat dank voor uw moeite.

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Beroep:

Sport/hobby's:

Huisarts/behandelend specialist/therapeut:

Medicijngebruik:

Wat is u 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? Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel?

Drinkt u koffie? Zo ja, hoeveel?

Welke dranken liggen u niet goed?

Heeft u voorkeur / afkeur voor zoet, zuur, pikant of bitter?

Welke bijkomende klachten heeft u?

Komen er erfelijke ziekten (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen etc.) in uw familie voor?

## Ziektegeschiedenis

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven:

- Welke (kinder)ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt meegemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als kinderziektes, amandelenknippen, eczeem, verstuikingen, tandheekkundige behandelingen kunnen van belang zijn.
- Eventuele zwangerschappen en het verloop ervan.
- Belangrijke gebeurtenissen in uw leven (bijv. echtscheiding, overlijden, depressies, burn-out).
- Bezoeken aan landen buiten Europa
- 

Ziektegeschiedenis:

Welke ziekte/gebeurtenis was het zwaarst in uw leven?

Wilt u hier aangeven welke punten op u van toepassing zijn:Algemeen:

- |                      |                             |                              |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Hoofdpijn:           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Slapeloosheid:       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Slecht inslapen:     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Gewichtsverandering: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Duizeligheid:        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Vermoeidheid:        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Dubbel/vaag zien:    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Allergie:            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

## Maag/darmen:

- |                       |                             |                              |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Darmonsteking:        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Verstopping:          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Diarree:              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Misselijkheid:        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Winderigheid:         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Buikpijn:             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Borrelende buik:      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Maagzuur:             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bloed bij ontlasting: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

## Luchtwegen:

- |                        |                             |                              |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ademnood:              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Astma:                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Chronisch hoesten:     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Chronisch verkouden:   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Keelpijn/ontstekingen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bijholte ontstekingen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Oorsuizen:             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

## Spiieren/gewrichten:

- |                            |                             |                              |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Gespannen spieren:         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Krachtsverlies:            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Lage rugpijn:              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Nekpijn:                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Tintelingen/uitstralingen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Gewrichtspijnen:           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Spierpijnen:               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bewegingsbeperkingen:      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

## Hart en bloedvaten:

- |                      |                             |                              |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Hoge/lage bloeddruk: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Aderverkalking:      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Pijn op de borst:    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Hartkloppingen:      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Koude handen/voeten: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Spataderen:          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

## praktijk voor osteopathie

Vocht vasthouden:  Ja  Nee

### Huid:

Eczeem/uitslag:  Ja  Nee

Snel blauwe plekken:  Ja  Nee

Droge huid:  Ja  Nee

Overmatige transpiratie:  Ja  Nee

Jeuk:  Ja  Nee

### Urinewegen/Genitaal:

Nierinfectie/nierstenen:  Ja  Nee

Pijn bij het plassen:  Ja  Nee

Prostaatklachten:  Ja  Nee

Blaasontsteking:  Ja  Nee

Geslachtsziekte:  Ja  Nee

Verandering urine:  Ja  Nee

Verandering libido:  Ja  Nee

### Gesteldheid:

Depressie:  Ja  Nee

Concentratiezwakte:  Ja  Nee

Angst:  Ja  Nee

Veel piekeren:  Ja  Nee

Lusteloosheid:  Ja  Nee

Besluiteloosheid:  Ja  Nee

Verdrietig:  Ja  Nee

Opkroppen:  Ja  Nee

Geirriteerd:  Ja  Nee

Opvliegers:  Ja  Nee

Geheugenvermindering:  Ja  Nee

Weinig zelfvertrouwen:  Ja  Nee

Zenuwachtigheid:  Ja  Nee

**Vrouw:**

Zwanger nee/ja (zo ja, hoeveelste keer):

Kinderen nee/ja (zo ja, hoeveel):

1ste menstruatie op welke leeftijd?

Pijnlijke menstruatie:

Ja

Nee

Onregelmatige menstruatie:

Ja

Nee

Langdurige menstruatie:

Ja

Nee

Premenstrueel syndroom:

Ja

Nee

Witte vloed:

Ja

Nee

Heeft u zelf nog aanvullende informatie?