



INTAKEFORMULIER

Voorletter(s)	
Voornaam	
Achternaam	
Straat en huisnummer	
Woonplaats en Postcode	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Email adres	
Huisarts en plaats	

Wat wilt u bereiken via de door mij aangeboden therapie ?

Voor welke klacht(en) heeft u een afspraak gemaakt voor een consult:

Hoofdklacht:

Wat zijn de belangrijkste symptomen van uw hoofdklacht:

Wat zijn de belangrijkste symptomen van uw bij-klacht(en):

Hoe lang heeft u genoemde hoofdklacht, aankruisen wat van toepassing is :

een maand, twee maanden, een half jaar, een jaar, meerdere jaren.

Hoe lang heeft u genoemde bijklacht, aankruisen wat van toepassing is:

een maand, twee maanden, een half jaar, een jaar, meerdere jaren.

Is er sprake van een psychische klacht (omschrijf de klacht)

Hoe lang heeft u genoemde psychische klacht aankruisen wat van toepassing is : n.v.t.

een maand, twee maanden, een half jaar, een jaar, meerdere jaren.

Welke diagnose is er door jouw huisarts/specialist gesteld ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt?

Heeft u vermoeidheidsklachten (omschrijf de klacht)

Zijn er klachten van emotionele aard, aankruisen wat van toepassing is :

angst, piekeren, boosheid, frustratie, ongeduld, verdriet, huilerig.

Hoe slaapt u, aankruisen wat van toepassing is:

ik slaap goed en word uitgerust wakker

ik heb problemen met inslapen

ik heb problemen met doorslapen en word wakker om (tijdstip invullen)

ik word vroeg wakker om (tijdstip invullen)

Heeft u pijn en waar heeft u pijn (locatie noemen)

Omschrijving van de pijn, aankruisen wat van toepassing is :

de pijn is goed gelokaliseerd, zeurend, niet lokaliseerbaar, pijnen zijn wisselend in plaats, tijd en intensiteit.

Welke alternatieve/additieve therapieën heeft u voor deze klachten naast de reguliere geneeskunde gevolgd ?

Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe ?

Waren er Psychische en lichamelijke klachten/ziekten/opnames en therapieën in het verleden ?

Wat zijn de op dit moment gebruikte medicijnen en natuurgeneeskundige middelen en voor welke klacht? (Deze meenemen voor een consult !)

Naam middel/medicijn:

Waarvoor?

Naam middel/medicijn:

Waarvoor?

Naam middel/medicijn:

Waarvoor?

Naam middel/medicijn:

Waarvoor?

Naam middel/medicijn:

Waarvoor?

Heeft u in het verleden een operatie ondergaan;
zo ja wanneer ?

Wat voor operatie ?

Wat is uw bloeddruk ?

Is uw bloeddruk over het algemeen te hoog of te laag ?

Gebruikt u bloedverduunners ? Welke ?

Hoe is uw energieniveau, aankruisen wat van toepassing is:

normaal, laag, laag op een bepaald moment van de dag namelijk :

Hoe staat het met uw lichaamstemperatuur, aankruisen wat van toepassing is :

warm, koud, afkeer van warmte, afkeer van koude, last van koude of warmte in bepaalde lichaamsdelen namelijk :

Transpireren : wanneer transpireert u , aankruisen wat van toepassing is :

na inspanning, zonder inspanning na gebruik bepaalde voedingsmiddelen, nauwelijks transpiratie ook niet na inspanning.

Ik transpireer voornamelijk op deze gebieden van mijn lichaam zoals

Heeft u regelmatig last van verkoudheid, zo ja hoe vaak ?

Heeft u regelmatig last van migraine, zo ja hoe vaak ?

Waar zit de pijn als je hoofdpijn hebt?

- Achterhoofd
- Voorzijde hoofd
- Opzij
- Rondom de ogen

Heeft u een gezonde eetlust ?

Is de menstruatie regelmatig, aankruisen wat van toepassing is:

n.v.t., ja, onregelmatig, ik menstrueer niet meer.

Gebruikt u anti-conceptie? Aankruisen wat van toepassing is: n.v.t., ja, nee

Bent u zwanger? Aankruisen wat van toepassing is: n.v.t., ja, nee

Of bezig zwanger te raken? Aankruisen wat van toepassing is: n.v.t., ja, nee

LET OP: IK GEEF GEEN GUASHA BIJ ZWANGERSCHAP ! Mocht er iets wijzigen in jouw situatie geef dit dan alsjeblief door zodat ik hier rekening mee kan houden.

Wat doet u aan beweging per week?

Hoeveel uur besteed u gemiddeld aan sport per week ?

Heb je last van een notenallergie? ja, nee

Heb je last van wespen of bijen allergie? ja, nee

Bent u allergisch voor bepaalde middelen en of medicijnen ? n.v.t., ja, nee

Noem de naam van het middel of medicijn

Wat waren de klachten bij de allergie ?

Bent u allergisch voor bepaalde voeding ?

Heeft u een intolerantie op bepaalde voeding ?

Bent u allergisch voor amandelen?

Ref 10.1

Heb je één of meerdere van de volgende klachten?

Diepe pijn in- en boven je oog, in je tong bij het slikken, achter je oor en rond je kruin, kaakgewricht, nek, bovenste puntje van je borstbeen, aan de zijkanten van je gezicht?

Ref 10.2

Heb je één of meerdere van de volgende klachten?

Heb je pijn boven je wenkbrauwen op je voorhoofd, diepe oorpijn en bij je achterste kiezen, een stijve nek zonder pijn, waardoor je je hoofd scheef houdt?

Ref 12

Heb je hoofdpijn in jouw slapen? Ja Nee

Ervaar je kauwspierpijn op de hoek van de onderkaak? Ja Nee

Heb je pijn langs de zijkant van jouw hals achter jouw oor en diep achter jouw oog? Ja Nee

Heb je pijn in jouw achterhoofd en in een boog boven jouw oor? Ja Nee

Heb je spanningshoofdpijn en beperking bij het draaien van je hoofd? Ja Nee

Heb je beperking bij het zijwaarts buigen van het hoofd naar de andere kant? Ja Nee

Heb je kaakpijn en pijn in jouw gebit? Ja Nee

Heb je pijn in je nek? Ja Nee

Heb je een stijve nek? Ja Nee

Ervaar je een brandende pijn, kippenvel op de achterkant van jouw bovenarm en op het bovenbeen?

Ja Nee

Heb je plaatselijk pijn?

Ref 14

Heb je pijn en stijfheid in de hoek van jouw nek en jouw bovenrug? Ja Nee

Heb je moeite met het draaien van jouw hoofd om achter je te kijken als je bijvoorbeeld achteruit rijdt?

Ja Nee

Ref 15

Ervaar je een kloppende pijn in jouw schedel of in jouw oog, bijvoorbeeld migraine met pijn achter jouw oog en onscherp zien? Ja Nee

Ervaar je druk in jouw achterhoofd? Ja Nee

(ref 19)

Heb je moeite met iets uit je achterzak van je broek te halen? Ja Nee

Voel je een diepe pijn in je schouder dat kan doortrekken naar de achterzijde van je bovenarm, je pols en je pink? Ja Nee

Hoor je vaak een krakend en knakkend geluid wanneer je je arm beweegt? Ja Nee

(ref 22)

Heb je pijn of uitstralingspijn in jouw borst en voorkant van jouw schouders, langs de binnenkant van jouw arm en jouw elleboog? Ja Nee

Heb je pijn aan de pinkzijde van jouw hand en jouw ringvinger en jouw pink? Ja Nee

Heb je het gevoel dat jouw schouders naar voren worden getrokken, waardoor jouw bovenrug-spijeren constant onder spanning staan en het moeilijk is om achterom te reiken? Ja Nee

Heb je kaakproblemen? Ja Nee

Ben je kortademig? Ja Nee

Ben je chronisch vermoeid? Ja Nee

Heb je pijn in je nek of je hoofd? Ja Nee

(ref 24)

Heb je pijn in je zij? Ja Nee

Kun je op je zijde slapen zonder pijn? Ja Nee

Heb je pijn in je rug? Ja Nee

Heb je pijn in de onderste hoek van je schouderblad, aan de binnenkant van je arm en de pinkzijde van je hand? Ja Nee

Kun je diep inademen zonder pijn en kun je helemaal uitademen? Ja Nee

Voel je steken in je zij? Ja Nee

Vind je het moeilijk om achter je rug te reiken en je schouders naar achteren te trekken? Ja Nee

Heb je soms of vaak hoofdpijn? Ja Nee

Heb je last van kaakpijn? Ja Nee

Heb je last van duizeligheid? Ja Nee

Heb je gevoelloze handen? Ja Nee

Overige opmerkingen :

LET OP: Mocht er iets in jouw situatie wijzigen, geef dit dan alsjeblieft door zodat ik hier rekening mee kan houden.

- Ik geef toestemming tot therapie/behandeling en ik beloof de adviezen te volgen.
- Ik heb de gegevens nauwkeurig, naar waarheid en volledig ingevuld en alle overige informatie verstrekt dat van belang is voor de therapie/behandeling.

Naam Cliënt:

Datum van invullen:

In het contact met mijn cliënten gelden de bepalingen, beroepscode en klacht- en tuchtregeling van het Nibig.

