

## Intakeformulier

*(Graag voor de afspraak invullen, printen en/of mailen).* \* verplichtveld  
submit = verzenden

### Praktijkgegevens:

Massagepraktijk-Oranjewoud  
Prinses Irenelaan 5  
8453XA ORANJEWOUd

Datum	
Tijd	
Plaats	Oranjewoud

### Persoonsgegevens

Naam *		Voornaam *	
Adres *		Pc en woonplaats *	
Geboorte datum		Nationaliteit	
Burg. Staat		Beroep	
Lengte		Gewicht	
Huisarts		Relatie, kinderen?	
Email		Geslacht	
Telefoon privé *		Telefoon werk	

### Eerste indruk (door therapeut in te vullen)

Houding, attitude, geur, kleur, postuur, activiteit, ademhaling, geluiden, verhaal/woorden, sfeer, uitstraling, kwaliteit huid, ogen, conditie, verzorging, nagels, gelaat, haar, lippen, oren / horen, neus, afscheidingen, weertype aanuiding:

### Motivatie en hulpvraag van de cliënt.

Wat is de hoofdklacht? (acuut, chronisch, pijnplek)
Wanneer is de klacht begonnen? (hoe ontstaan, oorzaak)
Wanneer heeft u last van de klacht(en)?
Wanneer is er sprake van meer of minder pijn?
(welk jaargetijde, bij warmte, koude, vocht, droogte of wind, de nacht, de dag, tijdens beweging of juist erna, bij druk, bij stilstand enz.)
Wat kunt u niet meer als gevolg van deze klachten?
Bent u voor deze klacht nog elders in behandeling (geweest)? Huisarts, specialist... Zo ja, wat is er al gedaan?
Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. de behandeling?
Gebruikt u medicijnen, kruiden, voedingssupplementen of homeopathische geneesmiddelen?
Zo ja, welke en in welke frequentie van inname.

### Overige klachten

Heeft u buiten de genoemde klachten nog andere klachten? (acuut, chronisch, pijnplek, algemene conditie)

### Medische voorgeschiedenis

Welke EHBO is er verleend en was er tijdens het ongeval sprake van zwelling, pijn, beperking in functie en stoornissen in de vitale functies.
Was er sprake van een trauma?
Heeft u operaties ondergaan? Wat en wanneer?
Heeft u implantaties in uw lichaam zoals: Pacemaker, buisjes in de oren, platen, schroeven e.d.?
Heeft u een chronische ziekte, handicap of beperking?
Heeft u Hepatitis, Toxoplasmose, Ziekte van Pfeiffer, Astma, Eczeem, gehad of nog?
Bent u momenteel onder behandeling van een therapeut of medisch specialist?
Bent u ergens allergisch voor? Is er sprake van erfelijke problematiek?

### Voedingspatroon: Wat eet en drinkt u?

Ontbijt	
Lunch	
Diner	
Tussendoor	
Hoeveel vocht	
Water per dag?	

ja/nee aanvinken

	JA	NEE	Hoeveel en wat	
Heeft u vaak dorst				
Gebruikt u koffie				
Gebruikt u alcohol				
Rookt u				
Gebruikt u suiker				
Snoept u veel				
Anders				

### Slaappatroon

Slaapt u goed? Waar heeft u last van? inslapen, doorslapen, lichte slaap, dromen, transpireren.

--

### Psychische toestand goed/matig/slecht

Geheugen		Aandacht / concentratie		zelfbeleving / vertrouwen	
Structuur		Assertiviteit / communicatie		denken / waarneming	
Hoe vindt u dat u in uw vel zit? Lekker, energiek, uitgeput, moe, gespannen, onrustig, huilerig, zorgelijk, piekerend, geagiteerd, angstig.....					

### Andere zaken;

Wordt u in uw dagelijks leven belemmert of beperkt door iets?

--

### Voor de vrouw:

ja/nee aanvinken

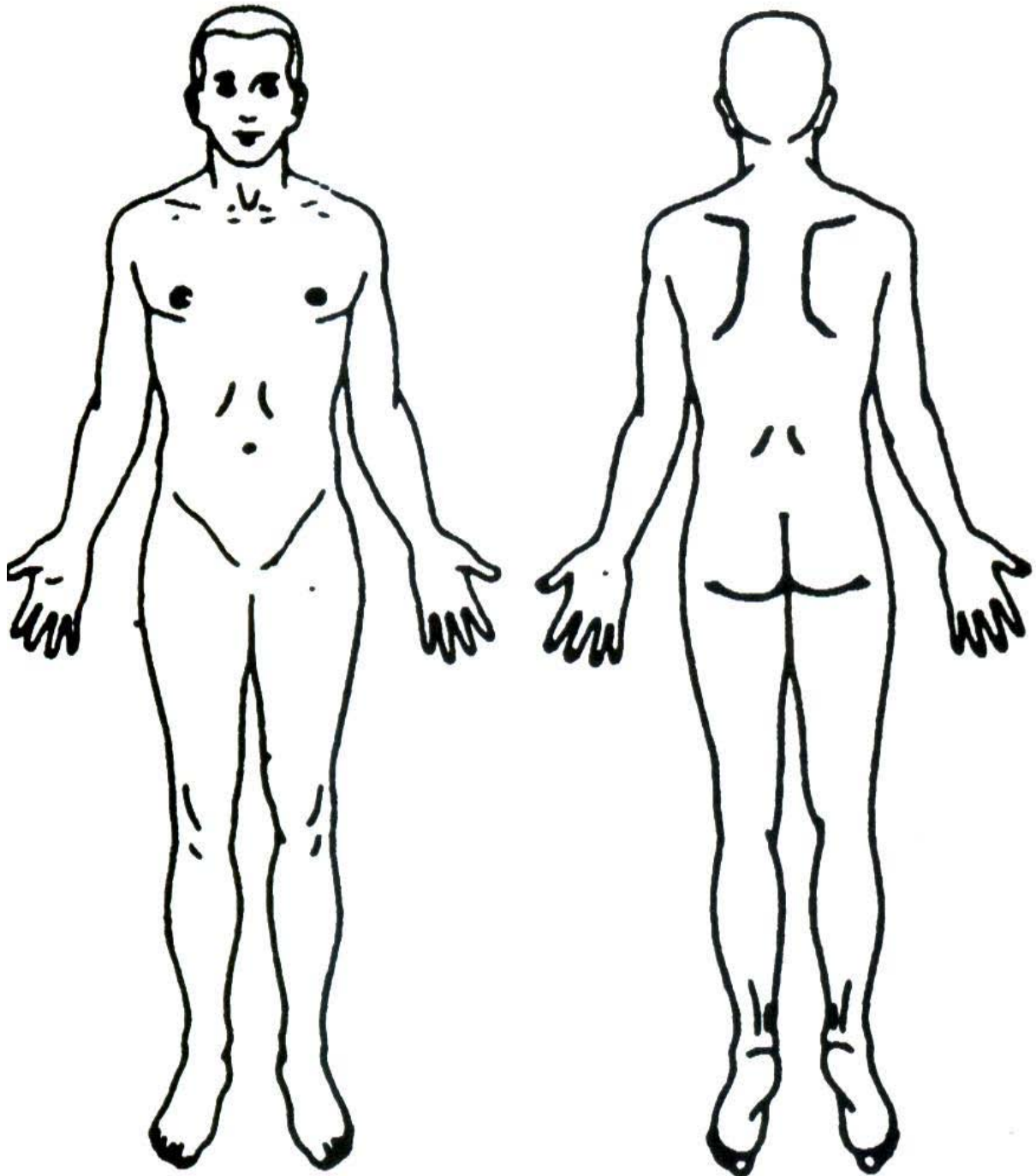
Duur van de menstruatie cyclus		dagen	
Duur van uw menstruatie		dagen	
Heeft u kinderen		Jongen(s)	Lft. Meisje(s)
	JA	NEE	
Bent u in de overgang		Sinds:	
Menstruatie klachten			
Miskraam			
Levenloos ter wereld gekomen			
Gebruikt u een voorbehoedsmiddel			
Bent u zwanger of zou dat kunnen			
Hoe verliepen de zwangerschappen			

Waar heeft u vaak / wel eens last van? Klacht aanvinken invullen indien van toepassing

<b>Hoofd</b>	Hoofdpijn / migraine		Haaruitval		A	d	
<b>Ogen</b>	Bril		Contactlenzen				
<b>Neus</b>	Ruiken		Neusbloedingen	h			
Niet goed door de neus kunnen ademen			Scheef neus tussenschot				
<b>Gebit</b>	Amalgaam vullingen		Bloedend tandvlees		Pijn		
<b>Keel</b>	Keelpijnen		Heesheid		O		
<b>Hals</b>	Slikproblemen		Slechte adem				
<b>Lymfe</b>	Vochtophoping		Oedeem				
	Ongewone blauwe plekken		Wonden genezen slecht				
<b>Urinewegen</b>	Nierklachten		Moeite met urine op te houden				
Blaasklachten chronisch / acuut							
<b>Ademhaling</b>	Benauwd		Kortademig		Hoesten		
<b>Hart</b>	Pijn in de borststreek		Onregelmatige hartslag		Hartkloppingen		
<b>Bloedsomloop</b>	Hoge bloeddruk		Lage bloeddruk				
<b>Spijvertering</b>	Maag / oprispingen		Maagzuur		Branden		
	misselijkheid		Braken		Pijn		
<b>Darmen</b>	Buikpijn		Waar ?				
	Ontlastingspatroon						
Slecht verdragen van bepaalde voeding							
Welke klachten							
<b>Skelet</b>	Pijn in nek		schouder		arm		
	vingers		been		tenen		
	Pijn in de rug?						
	Pijn in de gewrichten?						
	Regelmatig kramp?						
<b>Man</b>	Heeft u problemen met urineren		Heeft u problemen met de zaadlozing				
	Heeft u wel eens bloed in uitscheidingsproducten		Frequentie van de lozing (i.v.m. mineralen te kort)				x per week
	Is er extreme transpiratie		Bent u vaak rillerig en koud				
<b>Andere klacht</b>							

## Geef aan waar de klacht zit

beschrijven waar de pijn zit in gemarkeerde velden of aankruisen met X gebruik spatiebalk voor positie



## Sociale en familie anamnese

<b>Gezinssamenstelling, samenlevingsvorm, verloop, belastende situaties, familiale belasting:</b>
<b>Behuizing ( voelt zich thuis, stralingsbelasting, hoogspanningkabels, financiële zorgen etc.):</b>
<b>Arbeid ( werkgever), uitkering,eigen wil, binding, voldoening, aard, specifieke belasting:</b>
<b>Studie ( vroeger en nu ), talenten, leerstoornissen, gedragsmoeilijkheden:</b>
<b>Hobby's, vrijetijdsbesteding, sport:</b>