***Marijke Fontijne*** Osteopaat D.O.- mro Telnr.: 06 15510205

# Intakeformulier

Datum afspraak: Tijd:

Geachte mevrouw/meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en nauwkeurig beantwoorden. Gelieve een week voor de geplande afspraak intakeformulier retourneren. We zullen de gegevens bij de intake bespreken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim.

Naam: Voornaam:

Adres: Postcode:

Woonplaats: Geb.datum: O M O V

Geboorteplaats: E-mail adres:

Telefoon: Mobiel:

Beroep:

ximaal

Sport,hobby,vrije tijd:

Medicijngebruik: O nee O ja sinds wanneer:

Huisarts:

Specialist:

Therapeut:

□ Ik ga akkoord dat de huisarts wordt geïnformeerd dat ik bij een Osteopaat onder behandeling ben. (aanvinken indien akkoord)

Door wie bent u geïnformeerd:

Wat is uw voornaamste klacht:

Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden:

# Als u pijn hebt kunt u de aard van de pijn omschrijven:

# O stekend O zeurend O kloppend O beklemmend

Is er een patroon of regelmaat te ontdekken: O ja O nee

Welke omstandigheden geven verbetering: O warmte O koude O rust O stress O honger O eten O lichaamshouding O beweging

En verergering?

Hoe voelt u zich algemeen?(verdrietig/angstig/geïrriteerd)

Hoe is nachtrust? O goed O minder goed O niet goed

Hoe is uw stoelgang? X dagelijks X per week. O Regelmatig O onregelmatig.

Consistentie: O vast O breiïg O vast O waterig.

Kleur: O wit O lichtbruin O geelbruin O donkerbruin O zwart

Welke zijn de bijkomende klachten nu?

1)

2)

3)

 Familiaire ziekten: erfelijke aandoeningen (bv. hart-vaat ziekten, reuma, kanker, suiker, huidaandoeningen, etc.)

ZIEKTEGESCHIEDENIS.

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. welke ziekten/operaties/ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelpellen, en eczeem kunnen van belang zijn.
2. de kinderziekten die u hebt gehad
3. eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
4. belangrijke ontwikkelingen in uw leven eveneens van invloed zijn(bv. echtscheidingen, overspannen, depressies etc.)
5. Traumata doorgemaakt fysiek en/of mentaal (aanrijding, gevallen, overlijden dierbare, burn-out)

Leeftijd ziekte/klacht/zwangerschap/ontwikkeling

Welke ziekte/ongeval/operatie was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

Wilt u op deze pagina die vierkantjes aankruisen, die voor u van toepassing zijn. De linker kolom vierkantjes zijn voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide vierkantjes aan. Er zijn ook keuzemogelijkheden

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| oud | recent | **ALGEMEEN** | oud | recent | **MAAG/DARMEN** |
| [ ]  | [ ]  | hoofdpijn: *dagelijks/wekelijks* \* | [ ]  | [ ]  | darmontsteking  |
|  |  | Waar in het hoofd*?*  | [ ]  | [ ]  | Verstopping |
| [ ]  | [ ]  | slapeloosheid  | [ ]  | [ ]  | Diarree |
| [ ]  | [ ]  | slecht inslapen | [ ]  | [ ]  | droge mond |
| [ ]  | [ ]  | gewichtsverandering*: toename /afname* \*  | [ ]  | [ ]  | opgezette buik |
| [ ]  | [ ]  | Duizeligheid | [ ]  | [ ]  | Misselijkheid |
| [ ]  | [ ]  | vermoeidheid: *continu/middag/avond* \* | [ ]  | [ ]  | Winderigheid |
| [ ]  | [ ]  | dubbel/vaag zien | [ ]  | [ ]  | buikpijn/ krampen \* |
| [ ]  | [ ]  | allergie: | [ ]  | [ ]  | borrelende buik |
| [ ]  | [ ]  | bloedingen | [ ]  | [ ]  | Maagzuur |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | overig:  |
|  |  | **LUCHTWEGEN/K.N.O.** |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | ademnood |  |  | **SPIEREN/GEWRICHTEN**  |
| [ ]  | [ ]  | chronisch hoesten  | [ ]  | [ ]  | gespannen/slappe spieren \* |
| [ ]  | [ ]  | chronisch verkouden | [ ]  | [ ]  | lage rugpijn |
| [ ]  | [ ]  | astma | [ ]  | [ ]  | Nekpijn |
| [ ]  | [ ]  | keelpijn/ontstekingen | [ ]  | [ ]  | tintelingen/ uitstraling |
| [ ]  | [ ]  | sinusitis | [ ]  | [ ]  | Gewrichtspijnen |
| [ ]  | [ ]  | oorsuizen | [ ]  | [ ]  | spierpijnen/ krampen \* |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | bewegingsbeperking |
|  |  | **HART EN BLOEDVATEN**  | [ ]  | [ ]  | Reuma |
| [ ]  | [ ]  | *hoge/lage/normale* bloeddruk \* |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | opgezette klieren |  |  | **HUID** |
| [ ]  | [ ]  | aderverkalking  | [ ]  | [ ]  | eczeem / uitslag \*  |
| [ ]  | [ ]  | onregelmatige hartslag | [ ]  | [ ]  | snel blauwe plekken  |
| [ ]  | [ ]  | *normaal/beklemmen/*gevoel op de borst\*  | [ ]  | [ ]  | droge huid / transpiratie \* |
| [ ]  | [ ]  | hartkloppingen | [ ]  | [ ]  | Jeuk |
| [ ]  | [ ]  | koude handen/voeten | [ ]  | [ ]  | snel brekende nagels |
| [ ]  | [ ]  | spataders | [ ]  | [ ]  | haaruitval / brekend haar \* |
| [ ]  | [ ]  | vocht vasthouden |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **GESTELDHEID** |
|  |  | **URINEWEGEN** | [ ]  | [ ]  | Zenuwachtigheid |
| [ ]  | [ ]  | nierinfectie/nierstenen | [ ]  | [ ]  | Depressies |
| [ ]  | [ ]  | pijn bij het plassen | [ ]  | [ ]  | Overbezorgdheid |
| [ ]  | [ ]  | prostaatklachten | [ ]  | [ ]  | Concentratiezwakte |
| [ ]  | [ ]  | blaasontsteking | [ ]  | [ ]  | geheugenvermindering |
| [ ]  | [ ]  | geslachtsziekte | [ ]  | [ ]  | Angst |
| [ ]  | [ ]  | verandering urine | [ ]  | [ ]  | veel piekeren |
| [ ]  | [ ]  | verandering libido | [ ]  | [ ]  | lusteloosheid  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | Opkroppen |
|  |  | **VROUW**  | [ ]  | [ ]  | weinig zelfvertrouwen |
|  |  | Zwanger: *ja/nee**/onbekend* \* | [ ]  | [ ]  | verdriet, droefheid |
|  |  | leeftijd 1e menstruatie:  | [ ]  | [ ]  | besluiteloosheid  |
| [ ]  | [ ]  | pijnlijke menstruatie | [ ]  | [ ]  | Geïrriteerdheid |
| [ ]  | [ ]  | onregelmatige menstruatie  | [ ]  | [ ]  | Opvliegers |
| [ ]  | [ ]  | langdurige menstruatie |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | pijnlijke borsten | [ ]  | [ ]  | overig:  |
| [ ]  | [ ]  | premenstrueel syndroom  |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | witte vloed |  |  |  |

\* Doorhalen wat niet van toepassing is