

Intakeformulier osteopathie® volwassenen

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Voornaam: _____ Achternaam: _____ M V
Geboortedatum: _____ E-mailadres: _____ BSN: _____
Adres: _____ Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoon/mobiel: _____ Zorgverzekeraar: _____

Handtekening: _____

Klachten

Wat is uw voornaamste klacht:

Welke bijkomende klachten heeft u:

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe uit(en) deze zich: _____

Welk cijfer zou u uw gezondheid nu geven (1 = slechtst, 10 = best): _____

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: _____

Zijn er omstandigheden die verergering geven: _____

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: _____

Is/zijn uw klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen: _____

Heeft u pijn: ja nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn stekend brandend zeurend schietend
 kloppend dof snijvend

Aanvulling klachten:

Leefsituatie

Wat is uw beroep: _____

Wat waren uw vorige werkzaamheden: _____

Wat doet u voor sport/hobby/vrije tijd: _____

Aanvulling: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Bent u onder behandeling van een specialist, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt u op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruikt u andere middelen die u zijn voorgeschreven door anderen of op eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedings)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten?

Middel	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Persoonlijke kenmerken

Uw lengte: _____ m Uw gewicht: _____ kg

Hoe voelt u zich in het algemeen: _____

Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking: _____

Kunt u makkelijk inslapen: ja nee Wordt u 's nachts wakker, hoe laat: _____ uur

Frequentie van de stoelgang: _____ x dagelijks/ _____ x per week → regelmatig onregelmatig

Consistentie van de stoelgang: vast brijig zacht waterig

Kleur van de stoelgang: wit lichtbruin geelbruin donkerbruin zwart groen

Transpireert u: veel weinig niet sterk ruikend

Graag aankruisen waar u uzelf in herkent:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angstig | <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Perfectionistisch | <input type="checkbox"/> Piekeren |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Verdrietig | <input type="checkbox"/> Gejaagd | <input type="checkbox"/> Cijfer mezelf snel weg |
| <input type="checkbox"/> Depressief | <input type="checkbox"/> Snel schuldgevoel | <input type="checkbox"/> Stressgevoelig | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> Opkroppen | <input type="checkbox"/> Blij | <input type="checkbox"/> Bezorgd | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen |

Aanvulling _____

Allergie/Overgevoeligheden

Heeft u wel eens een koortslip: ja nee

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt
 vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling: _____

Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft u in uw leven doorgemaakt:

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in uw leven: _____

Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt: _____

Heeft u antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft u buiten Europa gereisd: ja nee Zo ja, waar? _____

Heeft u vaccinaties gehad i.v.m: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Bent u in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut/specialist, bijvoorbeeld cardioloog, internist, mesoloog, osteopaat, acupuncturist of homeopaat: _____

Welke ziekten en/of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen in uw familie voor?

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling

Voedingsgewoonten

Eet u: vegetarisch veganistisch Anders: _____

Heeft u een voorkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft u een afkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen u niet goed: _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid: ja nee Wat neemt u dan: _____

Drinkt u koffie: ja nee Hoeveel: _____

Drinkt u water: ja nee Hoeveel: _____

Drinkt u alcohol: ja nee Wat en hoeveel: _____

Rookt u: ja nee Hoeveel: _____ Heeft u gerookt: ja nee

Gebruikt u drugs: ja nee Hoeveel: _____ Heeft u drugs gebruikt: ja nee

Aanvulling:

Vrouw

			vroeger	nu
Bent u momenteel zwanger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangerschappen doorgemaakt	Hoeveel _____	Vaginale klachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onvoldragen zwangerschappen	<input type="checkbox"/> ja (Hoeveel ____) <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> afscheiding <input type="checkbox"/> infecties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeuk
Gebruikt u anticonceptie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Menstruatieklachten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welke: _____		<input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> pijnlijk <input type="checkbox"/> hevig <input type="checkbox"/> langdurig <input type="checkbox"/> onregelmatig		
SOA (gehad)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Leeftijd van uw eerste menstruatie: _____ jaar		
Aanvulling:				

Aanvulling:

Algemeen	vroeger	nu
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slecht geheugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverandering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> toename <input type="checkbox"/> afname		
Vermoeidheid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> ochtend <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> avond		
Zichtvermogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vaag zien <input type="checkbox"/> dubbel zien <input type="checkbox"/> staar		
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dagelijks <input type="checkbox"/> wekelijks <input type="checkbox"/> maandelijks		
Waar in het hoofd heeft u pijn:		

Spieren en gewrichten	vroeger	nu
Nekpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatische klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stijf bij opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> slap <input type="checkbox"/> gespannen <input type="checkbox"/> pijnlijk <input type="checkbox"/> krampen		
Rugpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hoog <input type="checkbox"/> midden <input type="checkbox"/> laag		

Urineswegen	vroeger	nu
Nierinfectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huid/Haar/Nagels	vroeger	nu
Snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> snel brekend <input type="checkbox"/> uitval		
Huid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vet <input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> uitslag <input type="checkbox"/> eczeem		
<input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> slechte wondgenezing <input type="checkbox"/> acne		
Littekens: <input type="checkbox"/> ongeval <input type="checkbox"/> operatie		
Waar heeft u littekens:		

Spijvertering	vroeger	nu
Buikkrimp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borrelende buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slijm bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandend maagzuur (reflux):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> na de maaltijd <input type="checkbox"/> 's nachts		
Anus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> krimp <input type="checkbox"/> aambeien		

Luchtwegen/KNO	vroeger	nu
Oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> benauwd <input type="checkbox"/> kortademig <input type="checkbox"/> hyperventilatie		
Astma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

Circulatie	vroeger	nu
Bloeddruk hoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloeddruk laag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spataderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restless legs (onrustige benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede (anemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Man	vroeger	nu
Verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erectiestoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOA (gehad)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

Voor eventuele aanvulling op vragen van deze bladzijde graag hieronder de ruimte gebruiken

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen