

## 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: \_\_\_\_\_ Bent u bekend met het tarief en de voorwaarden  
(zie [www.osteopaat.nl/kosten-en-vergoedingen/](http://www.osteopaat.nl/kosten-en-vergoedingen/))  nee  ja Paraaf \_\_\_\_\_

### 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:  nee  ja

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:       nee       ja      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:       nee       ja

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:  nee  1-2  3-5  6-12  13 of meer kuren

Heeft u buiten Europa gereisd:  nee  ja 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:  nee  ja Wat neemt u dan: \_\_\_\_\_

Drinkt u koffie:  nee  ja Hoeveel: \_\_\_\_\_

Drinkt u water:  nee  ja Hoeveel: \_\_\_\_\_

Drinkt u alcohol:  nee  ja Wat en hoeveel: \_\_\_\_\_

Rookt u:  nee  ja Hoeveel: \_\_\_\_\_ Heeft u gerookt:  nee  ja

Gebruikt u drugs:  nee  ja Hoeveel: \_\_\_\_\_ Heeft u drugs gebruikt:  nee  ja

Aanvulling:

## Vrouw

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

Aanvulling:

Algemeen	vroeger (e/o)	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 (e/o)	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		

Urinewegen	vroeger (e/o)	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 (e/o)	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 (e/o)	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		
Regelmatig bloedend tandvlees bij poetsen <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Anus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> krimp <input type="checkbox"/> aambeien		

Luchtwegen/KNO	vroeger (e/o)	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"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Chronisch verkouden <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		

Circulatie	vroeger (e/o)	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 (e/o)	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"/> nee <input type="checkbox"/> ja		

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

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen