

Intakeformulier osteopathie® volwassenen

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Voornaam: _____ Achternaam: _____ ☐ M ☐ V
Geboortedatum: _____ E-mailadres: _____
Adres: _____ Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoon/mobiel: _____ Zorgverzekeraar: _____
Handtekening: _____ Bent u bekend met het tarief en de voorwaarden
(zie 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 ☐ snijdend

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:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| ☐ Angstig | ☐ Boos | ☐ Perfectionistisch | ☐ Piekeren |
| ☐ Hyperactief | ☐ Verdrietig | ☐ Gejaagd | ☐ Cijfer mezelf snel weg |
| ☐ Depressief | ☐ Snel schuldgevoel | ☐ Stressgevoelig | ☐ Veel zelfvertrouwen |
| ☐ Opkroppen | ☐ Blij | ☐ Bezorgd | ☐ 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	☐ nee ☐ ja	Verandering libido	☐	☐
Zwangerschappen doorgemaakt	Hoeveel _____	Vaginale klachten:	☐	☐
Onvoldragen zwangerschappen	☐ nee ☐ ja (Hoeveel _____)	☐ afscheiding ☐ infecties	☐	☐ jeuk
Gebruikt u anticonceptie	☐ nee ☐ ja	Menstruatieklachten:	☐	☐
Welke: _____		☐ PMS ☐ pijnlijk ☐ hevig ☐ langdurig ☐ onregelmatig		
SOA (gehad)	☐ nee ☐ ja	Leeftijd van uw eerste menstruatie: _____ jaar		
Aanvulling:				

Algemeen	vroeger (e/o)	nu
Migraine	☐	☐
Duizeligheid	☐	☐
Slechte concentratie	☐	☐
Slapeloosheid	☐	☐
Slecht geheugen	☐	☐
Gewichtsverandering:	☐	☐
☐ toename ☐ afname		
Vermoeidheid:	☐	☐
☐ continu ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond		
Zichtvermogen:	☐	☐
☐ vaag zien ☐ dubbel zien ☐ staar		
Hoofdpijn	☐	☐
☐ dagelijks ☐ wekelijks ☐ maandelijks		
Waar in het hoofd heeft u pijn:		

Spieren en gewrichten	vroeger (e/o)	nu
Nekpijn	☐	☐
Reumatische klachten	☐	☐
Gewrichtspijn	☐	☐
Stijf bij opstaan	☐	☐
Spieren:	☐	☐
☐ slap ☐ gespannen ☐ pijnlijk ☐ krampen		
Rugpijn:	☐	☐
☐ hoog ☐ midden ☐ laag		

Urinewegen	vroeger (e/o)	nu
Nierinfectie	☐	☐
Nierstenen	☐	☐
Incontinentie	☐	☐
Pijn bij het plassen	☐	☐
Blaasontsteking	☐	☐

Huid/Haar/Nagels	vroeger (e/o)	nu
Snel brekende nagels	☐	☐
Haar:	☐	☐
☐ snel brekend ☐ uitval		
Huid:	☐	☐
☐ vet ☐ droog ☐ uitslag ☐ eczeem		
☐ jeuk ☐ slechte wondgenezing ☐ acne		
Littekens: ☐ ongeval ☐ operatie		
Waar heeft u littekens:		

Spijsvertering	vroeger (e/o)	nu
Buikkrimp	☐	☐
Misselijkheid	☐	☐
Winderigheid	☐	☐
Borrelende buik	☐	☐
Obstipatie	☐	☐
Diarree	☐	☐
Bloed bij de ontlasting	☐	☐
Slijm bij de ontlasting	☐	☐
Droge mond	☐	☐
Slechte adem	☐	☐
Opgeblazen gevoel	☐	☐
Brandend maagzuur (reflux):	☐	☐
☐ altijd ☐ na de maaltijd ☐ 's nachts		
Regelmatig bloedend tandvlees bij poetsen ☐ nee ☐ ja		
Anus:	☐	☐
☐ jeuk ☐ krimp ☐ aambeien		

Luchtwegen/KNO	vroeger (e/o)	nu
Oorsuizen	☐	☐
Oorpijn/ontsteking	☐	☐
Ontstoken holtes (sinusitis)	☐	☐
Ademhaling:	☐	☐
☐ benauwd ☐ kortademig ☐ hyperventilatie		
Astma	☐ nee ☐ ja	
Chronisch verkouden	☐ nee ☐ ja	

Circulatie	vroeger (e/o)	nu
Bloeddruk hoog	☐	☐
Bloeddruk laag	☐	☐
Beklemmend gevoel op de borst	☐	☐
Onregelmatige hartslag	☐	☐
Snel blauwe plekken	☐	☐
Spataderen	☐	☐
Hartkloppingen	☐	☐
Restless legs (onrustige benen)	☐	☐
Opgezette klieren	☐	☐
Vocht vasthouden	☐	☐
Koude handen en voeten	☐	☐
Bloedarmoede (anemie)	☐	☐

Man	vroeger (e/o)	nu
Verandering libido	☐	☐
Erectiestoornis	☐	☐
Prostaatvergroting	☐	☐
SOA (gehad)	☐ nee ☐ ja	

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

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen