****

**Intake- en Anamneseformulier**

Geheimhouding wordt in acht genomen ten aanzien van de verstrekte gegevens

Datum:

**ALGEMEEN**

Voor- en achternaam:

Naam en voorletters zoals bij verzekering bekend:

Adres:

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer (evt. ook mobiel):

Emailadres:

Geboortedatum

Relatie-/klantnummer Zorgverzekering

Huisarts+plaats

Verzekerd bij:

Evt. gezinssamenstelling:

Evt. beroep:

**HULPVRAAG OF KLACHTEN:**

Wat zijn op dit moment uw klachten / waarom bent u op dit moment hier:

Wie heeft u doorverwezen/

Hoe bent u bij mij terechtgekomen?

**Overige vragen:**

**Algemeen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe lang is het geleden dat u zichzelf goed voelde? |  |
| Wat waren de eerste klachten en wanneer verergerden de klachten zich. |  |
| Waardoor verergerden de klachten.  |  |
| Zijn er meer fysieke klachten. |  |
| Gebruikt u medicijnen (ook homeopathisch, vitamines, andere supplementen of pijnstillers)? |  |
| Heeft u last (gehad) van:* Angstklachten
* Overspannenheid
* Stress
* Flauwvallen
* Depressies
* Bloeddruk
* Hart- en vaatziekten
* Epilepsie
* Diabetisch
* Psychische aandoening

Hyperventilatie |  |
| Indien relevant: komen de klachten ook voor bij naaste familieleden?zo ja, bij wie |  |
| Wordt u voor uw klachten behandeld door een arts/specialist?zo ja, door wie |  |
| Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken/herkennen? |  |
| Welke omstandigheden verergeren de klachten? (kou, honger, beweging…) |  |
| Als u pijn heeft, kunt u dan de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend etc.)als u uw pijn een cijfer mocht geven, welk cijfer gaf u dan.1 = iets, 10= zeer ernstig |  |
| Welke omstandigheden verminderen de klachten? (kou, warmte, rust, eten, houding, beweging) |  |
| Heeft u littekens? Zo ja, waar en waardoor |  |
| Hebt u een goede nachtrust? |  |
| Hoe voelt u zich (emotioneel) in het algemeen? (verdrietig, eenzaam, rusteloos, last van stress, geïrriteerd, boos, kalm) |  |
| Op welk tijdstip van de dag voelt u zich het best of het slechtst? |  |
| Hoe is uw eetlust? |  |
| Hoe is uw stoelgang? Regelmatig/onregelmatig?kleur ontlasting? (wit / lichtbruin / geelbruin / donkerbruin / zwart)Consistentie ontlasting? Vast/brij-ig/zacht/waterig |  |
| Rookt u? zo ja, hoeveelDrinkt u? zo ja, hoeveelGebruikt u drugs of andere verslavende middelen?zo ja, welke en hoeveel |  |
| Drinkt u koffie? Zo ja, hoeveel kopjes |  |
| Heeft u last van allergieën. zo ja, welke |  |
| Bent u allergisch voor bepaalde voedingsmiddelen? zo ja, welke |  |
| Indien van toepassing:Heeft u veel last van uw menstruatiecyclus?heeft u veel last van de overgang?Bent u zwanger? |  |
| Heeft u hobby’s?Ook sporten |  |
| Overig: |  |

**Werkgerelateerd**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u het gevoel dat uw klachten te maken hebben met het werk. |  |
| Heeft u contact hierover gehad met de bedrijfsarts / Arbo-dienst? Zo ja, heeft u daar op korte termijn een afspraakzo nee, is het doorgegeven aan de ARBO-dienst.Heeft u nog contact gehad met uw werkgever en zo ja, hoe verlopen die contacten. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:Naam cliënt:Handtekening | Datum:Naam therapeutHandtekening |