

Intakeformulier Praktijk Open Hart.

pag. 1/3

Wilt u dit formulier invullen en meenemen bij de eerste afspraak dd.-....-.... ?

Naam _____ m/v
Adres _____
Postcode/Plaats _____
Telefoon _____
E-mail _____
Geboortedatum _____ Geboorteplaats _____
Verzekeringsmaatschappij + nummer _____
Naam + Tel. Huisarts _____
Religie / spiritualiteit _____
Gewicht _____ Lengte _____ BMI _____

Wat is de voornaamste klacht waarvoor u bij Praktijk Open Hart komt? _____

Waar zit het? _____ Wanneer begonnen? _____
Wanneer en hoe begint deze klacht? _____
Wat is het verloop van deze klacht? _____
Wat beïnvloedt deze klacht positief? _____
Wat beïnvloedt deze klacht negatief? _____
Wat is uw pijnbeleving op een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijk) _____
Bent u hiervoor behandeld geweest of nu onder behandeling? ja nee
Bij welke arts/specialist/therapeut? _____
Wat is de diagnose? _____
Wat is uw hulpvraag nu? _____

Wat is het beoogde resultaat/uw doel nu? _____

Kruis aan indien van toepassing:

- elektrische implantaten (pacemaker etc)
- epilepsie (ook temporale)
- kanker
- zwanger
- recentelijk herseninfarct, hartinfarct, acute trombose

1. Hebt u een ziekte of aandoening (gehad)? ja nee
 hart longen suiker menstruatie huid auto-immuun
 lever nieren maag darmen hersenen anders: _____
Bent u hiervoor behandeld of onder behandeling? ja nee
Bij welke arts/specialist/therapeut? _____

2. Hebt u een ziekte/aandoening (gehad) in uw nek/rug/schouder/elleboog/pols/heup/knie/enkel/voet? ja nee
Zo ja, welke? _____
Bent u hiervoor behandeld geweest of nu onder behandeling? ja nee
Bij welke arts/specialist/therapeut? _____
Zijn er röntgenfoto's/scans/MRI gemaakt? ja nee
Indien ja, wanneer/waarom? _____

3. Slaapt u goed? ja nee
Zo nee: moeite met in slaap komen doorslapen, wakker worden om _____ uur veel te vroeg wakker
Eet en drinkt u gevarieerd en gezond? ja nee
Let u op wat u eet? ja nee
Gebruikt u light producten? ja nee
Rookt u? ja nee
Drinkt u 1 of meerdere keren per week 6 glazen alcohol op 1 dag? ja nee
Gebruikt u wel eens drugs/verdovende middelen? Zo ja, welke? ja nee
Drinkt u 2 liter water of meer per dag? ja nee

4. Wat is uw beroep? _____ Schenkt het u voldoening? ja nee
Hoeveel uur per week _____ Hoe is het werkklimaat (svp omcirkelen):
zittend / staand / afwisselend / eentonig / leuk / hectisch / verantwoordelijk / kan eigen agenda indelen

Woonsituatie (svp omcirkelen)

partner / kinderen / rustig / stressvol / gescheiden / hectisch / drukke leefomgeving / stankoverlast
 lawaai-overlast / fabrieksoverlast / burenoverlast

Is er momenteel sprake van spanningen thuis/privé, of op het werk? ja nee

5. Staat u bloot aan elektrosmog? (zendmast, UMTS/C2000, radar, mobieltje, draadloze telefonie
 draadloos internet, tv-radio op slaapkamer etc.) ja nee
 Zo ja, waar en gedurende hoeveel tijd per dag? _____

6. Zijn er sociale contacten waarvan u steun ondervindt? _____ ja nee
 Wat zijn uw hobby's? _____
 Wat is uw manier van ontspannen? _____
 Doet u aan sport en/of beweging? _____ ja nee
 Zo ja, welke? _____

7. Hebt u ooit een ongeval/valpartij meegemaakt (recent of lang geleden, ook hersenschudding)? ja nee
 Zo ja, welke en wanneer? _____

8. Hebt u kinderziektes gehad? ja nee
 Zo ja, welke en wanneer? _____
 Bent u ingeënt (ook kindertijd)? ja nee
 Zo ja, welke en wanneer? _____
 Hebt u littekens (inwendig en/of uitwendig, ook tatoeages)? ja nee
 Zo ja, wanneer en waar op uw lichaam? _____
 Hebt u een tekenbeet gehad? ja nee
 Zo ja, wanneer en waar op uw lichaam? _____
 Hebt u siliconen implantaten? ja nee
 Zo ja, wanneer en waar in uw lichaam? _____

9. Ondervindt u last van stemmingen somberheid boosheid vermoeidheid stress
 Bent u hiervoor behandeld geweest of nu onder behandeling? ja nee
 Bij welke arts/specialist/therapeut? _____

10. Gebruikt u momenteel medicijnen (ook pijnstilling, anticonceptie en supplementen)? ja nee
 Zo ja, welke en waarvoor? _____

11. Hebt u last (gehad) van depressie, burnout, overspannenheid, nervositeit, flauwvallen, hyperventilatie ja nee
 Zo ja, wanneer, hoelang, welke therapie/medicatie? _____

Hebt u te maken gehad met indrukwekkend verlies, verdriet en/of schaamte? ja nee

12. Hebt u een psychische ziekte en/of diagnose gehad? ja nee
 Zo ja, welke? _____
 Bent u momenteel onder behandeling van psycholoog/psychotherapeut/psychiater? ja nee
 Zo ja, waarvoor + bij welke therapeut? _____

13. Hoeveel zwangerschappen? _____ Hoeveel kinderen? _____
 Hoe verliepen uw zwangerschappen? _____
 Hoe verliep de zwangerschapsperiode en geboorte van uzelf (evt. keizersnede)? _____

14. Bent u geopereerd? ja nee
 Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe verliep het herstel? _____

15. Bent u allergisch? ja nee
 Zo ja, waarvoor en in welke mate? _____
 Bent u hiervoor behandeld of onder behandeling? ja nee
 Bij welke arts/specialist/therapeut? _____

16. Zijn er ernstige of chronische ziekten in de familie? ja nee
 Zo ja, welke? _____

Algemeen

- Hoofdpijn, dagelijks/wekelijks/maandelijks, waar in het hoofd _____
- Slapeloosheid
- Gewichtsverandering, afname/toename
- Duizeligheid
- Moeheid, continu/ochtend/middag/avond
- Allergie
- Opgezette klieren

Luchtwegen

- Chronisch hoesten
- Chronisch verkouden
- Astma / bronchitis / COPD
- Keelpijn/keelontstekingen
- Ontstekingen bijholtes
- Oorsuizen

Hart/bloedvaten/doorbloeding

- Hoge/lage bloeddruk (waarden?)
- Aderverkalking
- Pijn/beklemmend gevoel op de borst
- Hartkloppingen
- Koude handen/voeten
- Spataders
- Vocht vasthouden

Urinewegen

- Nierinfectie/nierstenen
- Pijn bij het plassen
- Prostaatklachten
- Blaasontsteking
- Verandering urine

Huid

- Eczeem/uitslag
- Snel blauwe plekken
- Droge huid/transpiratie
- Jeuk

Vrouw

- Zwanger ja/nee
 - Leeftijd eerste menstruatie
 - Pijnlijke menstruatie
 - Onregelmatige menstruatie
 - Langdurige menstruatie
 - Premenstrueel syndroom
 - Overgang ja/nee
- Wat vindt u van uw menstruatie/overgang?
- _____
- _____

Maag/darmen

- Darmontsteking
- Ontlastingspatroon:
 - o dagelijkse stoelgang
 - o vast & droog o vast & nat (laat sporen na)
 - o verstopping o diarree
- Opgezette buik
- Misselijkheid
- Winderigheid
- Buikpijn/buikkrampen
- Maagzuur
- Bloed bij ontlasting
- Overig _____

Spiere/gewrichten

- Gespannen/slappe spieren
- Lage rugpijn
- Nekpijn
- Tintelingen/uitstraling
- Spierpijn/spierkrampen
- Bewegingsbeperkingen

Voorkeur voor

- | <u>kleur kleding</u> | <u>smaak eten</u> |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> O rode/oranje | <input type="checkbox"/> O bitter |
| <input type="checkbox"/> O gele/beige | <input type="checkbox"/> O zoet |
| <input type="checkbox"/> O zwarte/blauwe | <input type="checkbox"/> O zout |
| <input type="checkbox"/> O witte/grijze | <input type="checkbox"/> O pikant |
| <input type="checkbox"/> O groene/bruine | <input type="checkbox"/> O zuur |

Gesteldheid

- Huilerig / emotioneel
- Zachtaardig / gevoelig / HSP
- Hard voor mezelf
- Moeite met hulp vragen
- Competitief / gedreven winnaarinstelling
- Hard of veeleisend voor anderen
- Opgewekt / vrolijk
- Levenslustig
- Onstuimig / impulsief
- Depressief
- Zenuwachtig
- Concentratiezwakte
- Angstig
- Veel piekeren
- Geïrriteerd
- Perfectionistisch
- Schrikkerig
- Onrustig
- Verlegen
- Lui / hongerig / gelaten / in-actief
- Druk / hyperactief
- Wanhopig
- Boos/woedend

Wat is de rode draad in uw leven? _____

Wilt u nog iets toevoegen? _____

Alle gegevens zijn door mij naar waarheid ingevuld

Uw naam + handtekening: _____

Geboortedatum: _____ Woonplaats: _____