

# 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: \_\_\_\_\_