‘t Wheemhuus

Burgemeester Tonckensstraat 4

 7921 KC Zuidwolde

welkom@praktijksangrafu.nl

[www.praktijksangrafu.nl](http://www.praktijksangrafu.nl)
+31627583978

IBAN NL64INGB0006076112

RBCZ 171286 R

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Therapeut: Nathasia Nibte

Intake dd: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tijd:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geachte Mevrouw, Meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam: |  | Voornaam: |  |
| Adres: |  | Postcode: |  |
| Woonplaats: |  | Geb. datum: |  | M/V |
| Geboorteplaats: |  | Geb. tijd: |  |
| Telefoon overdag: |  | Telefoon BGG: |  |
| Emailadres: |  |
| Beroep: |  | Vorige beroepen: |  |
| Sport, Hobby, Vrije tijd: |  |
| Medicijngebruik: |  |
| Behandelend arts: |  | Specialist: |  |
| Adres: |  | Telefoon: |  |
| Postcode: |  | Woonplaats: |  |
| O Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts\* |
| Wie heeft u geïnformeerd/ geadviseerd: |  |
| Wat is uw voornaamste klacht? |  |
| Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? |  |

Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



\* Zie brief intake, aankruisen.

|  |  |
| --- | --- |
| Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)  |  |
| Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? |  |
| Welke omstandigheden brengen verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging,..): |  |
| En verergering? |  |
| Hoe voelt u zich in het algemeen? (vrolijk, verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd,..): |  |
| Zijn er momenten op een dag van inzinking? |  |
| Wordt u 's nachts wakker? Hoe laat? |  |
| Hoe is de stoelgang? \_\_\_ x dagelijks / \_\_\_ x per week. Regelmatig / onregelmatig,Consistentie: vast/ brijïg/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart |
| Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter? | Voorkeur:Afkeur: |
| Welke spijzen en/of dranken liggen u niet goed? |  |
| Heeft u grote behoefte aan zoetigheid?  | JA/NEE |
| Rookt u? Hoeveel? |  |
| Gebruikt u alcohol? Hoeveel? |  |
| Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? |  |
| Drinkt u koffie? Hoeveel? |  |

|  |
| --- |
| Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU? |
| 1: |  |
| 2: |  |
| 3: |  |
|  |
| Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen: |
| Moeder: |  |
| Vader: |  |
| Overige familieleden: |  |

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn.

De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten.

Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan.

Bij keuzemogelijkheden\*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

**ALGEMEEN MAAG/DARMEN**

O O hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks \* O O darmontsteking

 Waar in het hoofd?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O O verstopping

O O slapeloosheid O O diarree

O O slecht inslapen O O droge mond

O O gewichtsverandering: toename/ afname \* O O opgezette buik

O O duizeligheid O O misselijkheid

O O vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond \*O O winderigheid

O O dubbel/vaag zien O O buikpijn/ krampen \*

O O allergie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O O borrelende buik

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O O maagzuur

O O bloedingen

**LUCHTWEGEN/K.N.O.** O O overig:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O O ademnood **SPIEREN/GEWRICHTEN**

O O chronisch hoesten

O O chronisch verkouden O O gespannen / slappe spieren \*

O O astma O O lage rugpijn

O O keelpijn/ontstekingen O O nekpijn

O O sinusitis O O tintelingen/ uitstraling

O O oorsuizen O O gewrichtspijnen

 O O spierpijnen/ krampen \*

**HART EN BLOEDVATEN** O O bewegingsbeperking

 O O reuma

O O hoge/ lage bloeddruk \*

O O opgezette klieren **HUID**

O O aderverkalking

O O onregelmatige hartslag O O eczeem / uitslag \*

O O pijn/beklemming borst O O snel blauwe plekken

O O hartkloppingen O O droge huid / transpiratie \*

O O koude handen/voeten O O jeuk

O O spataders O O snel brekende nagels

O O vocht vasthouden O O haaruitval / brekend haar \*

**URINEWEGEN GESTELDHEID**

O O nierinfectie/nierstenen O O zenuwachtigheid

O O pijn bij het plassen O O depressies

O O prostaatklachten O O overbezorgdheid

O O blaasontsteking O O concentratiezwakte

O O geslachtsziekte O O geheugenvermindering

O O verandering urine O O angst

O O verandering libido O O veel piekeren

 O O lusteloosheid

**VROUW** Zwanger JA/NEE O O opkroppen

 O O weinig zelfvertrouwen

leeftijd 1e menstruatie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O O verdriet, droefheid

O O pijnlijke menstruatie O O besluiteloosheid

O O onregelmatige menstruatie O O geïrriteerdheid

O O langdurige menstruatie O O opvliegers

O O pijnlijke borsten O O overig:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O O premenstrueel syndroom

O O witte vloed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Ziektegeschiedenis.

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandheelkundige behandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. De kinderziekten die u heeft gehad.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (echtscheiding, overspannen, depressies, etc.).
5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa).

|  |  |
| --- | --- |
| **LEEFTIJD** | **ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELING** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur)? |  |
| Welke ziekte was de zwaarste in uw leven? |  |
| Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen? |  |
| Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer? |  |
| Vergergering van: |  |