

## Intakeformulier Volwassenen

Voor het maken van het behandelplan is het van belang dat uw therapeut zich een duidelijk beeld kan vormen van uw klachten.

Wilt u daarom zo vriendelijk zijn dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen? Wij bespreken uw gegevens met u op uw eerste consult.

Uw gegevens worden uiteraard vertrouwelijk behandeld en nooit zonder uw toestemming besproken met derden.

U kunt dit formulier printen (knop rechtsboven) of invullen op de computer (Adobe Acrobat 8.1 of hoger). Bent u daarmee klaar, dan kunt u het opslaan, printen en meenemen. Of beter: per e-mail aan ons opsturen: [info@praktijk-dekern.nl](mailto:info@praktijk-dekern.nl) *Klik hiervoor NA invullen op de grote knop bovenaan !*

Aanvullende informatie kunt u vanzelfsprekend altijd per e-mail aan ons opsturen, of op de achterzijde van uw uitgeprinte formulier schrijven.

### Praktijk De Kern

Centrum voor Complementaire  
Geneeswijzen

Hoofdstraat 116  
2406 GM Alphen aan den Rijn  
06 - 435 71 436  
[info@Praktijk-DeKern.nl](mailto:info@Praktijk-DeKern.nl)  
<http://www.praktijk-dekern.nl>

#### Uw gegevens:

Voornaam	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Meisjesachternaam	<input type="text"/>
Straat + huisnr	<input type="text"/>		
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
GSM	<input type="text"/>	Burger Service Nummer (BSN)	<input type="text"/>

Kunt u een eigen omschrijving geven van uw klacht ?

Sinds wanneer heeft u klachten ?



Zijn er ziektes die veelvuldig voorkomen in uw familie ?

Ja

Neen

Zo ja, kunt u deze ziekte(s) benoemen ?

Om ons zo goed mogelijk te kunnen voorbereiden op uw eerste consult vragen wij u om onderstaande vragen - indien mogelijk - te beantwoorden. Het is een lange lijst die u meestal gemakkelijk kunt invullen.

Vul in de vakjes een cijfer van 0-9 in waarbij:

0 = geen klachten 9 = veel / dagelijks / chronische klachten

Vul dit in de hokjes "toen" en/of "nu". Dit helpt ons uw klacht beter te begrijpen.

Zijn er bijzondere omstandigheden geweest waardoor / waarna uw klachten zijn ontstaan ?

## Uw Spijsvertering:

Klacht	Toen	Nu
Maagpijn		
Buikpijn		
Diarree		
Obstipatie / verstopping		
Overgeven		
Opgeblazen gevoel		
Misselijkheid		
Winderigheid		
Krampen		

## Uw gewrichten en spieren:

Klacht	Toen	Nu
Pijn in uw gewrichten		
Pijn in uw spieren		
Stijfheid van uw gewrichten		
Stijfheid van uw spieren		
Rugpijn		
Nekpijn		
Pijn / stijfheid bij het opstaan		
Tintelingen aan handen of voeten		
Uitstralingspijn		
Zwelling gewrichten		
Arthrose		
Rheuma		
Jicht		

## Heeft u last van:

- Colitis Ulcerosa
- Ziekte van Crohn
- Blinde darm ontsteking (of gehad)

Hoe vaak heeft u ontlasting?

- Abnormale geur bij ontlasting
- Abnormale kleur van uw ontlasting
- Slijm bij uw ontlasting
- Onverteerde resten in uw ontlasting
- Bloed in uw ontlasting
- Brokkelige of korrelige ontlasting
- (te) snelle darm passage
- Zuurbranden
- Maagzweer

Klacht	Toen	Nu
overgewicht		
ondergewicht		
flauwtes bij te laat eten		
reacties op voedsel		

Wilt u andere zaken melden over uw gewrichten en spieren?

### Uw Ademhaling:

Klacht	Toen	Nu
kortademig/ benauwd		
hyperventilatie		
astma		
veel verkouden		
veel hoesten/ kuchen		
Kroep		
slijm opgeven		
hooikoorts		

### Heeft u:

Longontsteking  
gehad? Zo ja  
op welke  
leeftijd?

Een benauwd-  
heidsreactie op  
dieren?  
Zo ja, welke ?

Een (benauwdheids-) reactie op:

- Mijten
- stof
- vochtige weersomstandigheden
- geuren

Anders, nl:

### Keel, neus, oren en ogen:

Klacht	Toen	Nu
oorontsteking		
keelontsteking		
neusholte- ontsteking		
voorhoofdsholte ontsteking		
opgezette lymfeklieren		
doofheid		
oorsuizen		
bij- of verziendheid		
Aften of blaren in de mond		

### Heeft u:

- uw neusamandelen laten knippen
- uw keelamandelen laten knippen



Volgt u een  
dieet ?  
Welk ?  
Sinds  
wanneer ?

Als u een  
reactie heeft op  
voedingsmiddel  
en, welke is dat  
en bij welke  
voeding ?

Kunt u  
beschrijven wat  
u gewoonlijk  
eet gedurende  
de dag?

-ontbijt  
-lunch  
-diner  
-tussendoortjes

Drinkt u  
alcohol? Hoe  
vaak en hoe  
veel ?

Rookt u? Hoe  
vaak en hoe  
veel ?

Hoeveel water  
drinkt u per  
dag? Andere  
(fris) dranken?

Hoeveel koffie  
drinkt u per  
dag?



## Diversen:

### Uw Geheugen:

Klacht	Toen	Nu
slecht kort geheugen		
slecht lang geheugen		
slechte concentratie		

### Slapen:

Klacht	Toen	Nu
moeilijk inslapen		
moeilijk doorslapen		
(te) vroeg wakker		

### Hart en bloedvaten:

Klacht	Toen	Nu
hartkloppingen		
koude handen / voeten		
bloedarmoede		
spataderen		
aderverkalking		
hoog cholesterol		
zwellen in de enkels		

### Heeft u:

een te hoge of te lage bloeddruk?  
Welke waarde?

--

### Uw huid:

Klacht	Toen	Nu
jeuk		
droge huid		
rode vlekken		
Acne		
ontstekingen		
galbulten		
snel blauwe plekken		
gordelroos of koortslip		

### Psyche: bent u wel eens in behandeling geweest voor:

Klacht	Toen	Nu
angsten		
psychose		
depressie		
andere klachten		

## Vermoeidheid:

Klacht	Toen	Nu
vermoeidheid hoofd		
vermoeidheid lichaam		
hyperactiviteit		
langdurige stressbelasting		

## Hoofdpijn:

Kunt u omschrijven waar uw hoofdpijn zit?

Hoe vaak heeft u hoofdpijn?

is dit een bandgevoel ?

een doffe pijn?

een stekende pijn?

een bonkende pijn?

Een ander soort pijn?

Is er een relatie met uw menstruatie?  
Welke week ?

hoofdpijn vooral 's morgens

hoofdpijn vooral 's middags

hoofdpijn vooral 's avonds

hoofdpijn vooral 's nachts

misselijkheid of braken



### Nieren/blaas/prostaat/uitscheiding:

- frequent urineren
  - vooral overdag
  - vooral 's nachts
- moeilijk urineren
  - vooral overdag
  - vooral 's nachts
- moeilijk plas ophouden
- bloed in uw urine
- stinkende urine
- abnormale / sterke kleur urine
- nadruppelen
- overmatige transpiratie 's nachts
- overmatige transpiratie overdag
- abnormale transpiratiegeur

### Heeft u last van:

- Regelmatig terugkerende blaasontsteking of nierbekken ontsteking
- Prostaatontsteking of vergroting

### Lever en gal:

Klacht	Toen	Nu
Galstenen		
Ontstoken galblaas		
Geelzucht		

### Menstruatie en zwangerschap:

- Is uw menstruatie regelmatig?
- Duurt uw menstruatie langer dan één week?
- Heeft u hevige bloedingen?
- Bloedstolsels?
- Gebruikt u anticonceptie?

aantal zwangerschappen

aantal kinderen

### Sexualiteit:

- Libido verlies
- Slechte zaad kwaliteit





## Uw Gebit:

- grijze vullingen
- wortelkanaalbehandelingen gehad ?
- kaakbot ontstekingen gehad?
- kaak- of gebitsoperaties ondergaan ?
- bruggen, kronen of implantaten ?

## Gezinssituatie:

Wat voor werk  
verricht U?  
Hoeveel uur per  
week ?

Zijn er problemen  
in de  
gezinssituatie?

Zijn er structurele  
relationele  
problemen?

Doet U aan  
sport ? Welke  
sport en hoe  
vaak ?

## Emoties:

Klacht	Toen	Nu
veel verdriet		
veel piekeren / zorgen		
veel irritatie		
veel agressie		
veel stress		
veel angsten		
depressies		

Gebruikt u  
medicijnen ?  
(inclusief  
hormoonzalven  
en dergelijke):