



# Intakeformulier

Datum:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Geboortedatum:

BSN nr.

Geslacht:

Beroep:

huisarts:

Specialist:

Zorgverzekeraar:

Verzekeringsnr:

Gebruikt u  
medicijnen?

Zo ja,  
welke?

Gebruikt u  
vitamines, kruiden  
of homeopatische  
middelen?

Zo ja, welke?

---

Wat is uw  
hoofdklacht?

Kunt u dit zo  
uitgebreid mogelijk  
uitleggen?

Hoe lang heeft u  
hier al last van?

Wat is volgens u  
de oorzaak?

Wanneer is de klacht het ergst?	's ochtends 's middags 's avonds 's nachts continue Andere		
Wat verergerd de klacht?	beweging rust stress warmte kou aanraking eten/ drinken defaecatie bepaalde beweging Andere	Wat verbeterd de klacht?	beweging rust druk warmte kou eten defaecatie
Heeft het weer invloed op de klacht?	kou vocht wind warmte n.v.t.	Heeft u aversie tegen een bepaald weertype?	kou vocht wind warmte n.v.t.

Zijn er overige klachten?  
(maximaal 3)

Familiaire aandoeningen	erfelijke aandoening niet-erfelijke aandoening	Zo ja, welke?	
Heeft u het snel koud of eerder warm?	warm type koud type	Voeten	vaak koude voeten vaak warme voeten
Dorst/ drinken	veel dorst weinig dorst voorkeur warm drinken voorkeur koud drinken wel dorst maar geen zin om te drinken	Smaakvoorkeur	zoet zuur zout bitter pikant

Wat is uw voedingspatroon?

eet drinkt u zuivel?  
Zo ja, wat hoe vaak?

---

Hoe vaak plast u per dag? (24 uur)		Kleur van de urine?	bleekgeel (waterig) lichtgeel heldergeel donkergeel
------------------------------------	--	---------------------	--------------------------------------------------------------

Stoelgang	elke dag sla wel eens dag(en) over	Bijzonderheden stoelgang?
-----------	---------------------------------------	---------------------------

Energie	ongewoon moe gebrek aan energie n.v.t.
---------	----------------------------------------------

Bent u kortademig?	ja nee	Heeft u (soms) last van hartkloppingen?	ja nee
--------------------	-----------	-----------------------------------------	-----------

Heeft u problemen met slapen?	ja nee	Wordt u vaak wakker op een bepaald tijdstip?
-------------------------------	-----------	----------------------------------------------

Kunt u aangeven wat voor u van toepassing is?	(onrustig) dromen nachtzweeten snel zweten droge mond/keel warm gezicht eind van de dag duizeligheid slecht geheugen vlekjes voor de ogen hoofdpijn	Welke 2 emoties komen het vaakst bij u voor?	blijdschap verdriet angst kwaadheid frustratie jaloezie zorgen geïrriteerdheid
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Ervaart u momenteel vaak stress?

Hoe voelt u zich de laatste tijd? (buiten de lichamelijke klachten om)

---

### Vragen voor vrouwen

Bent op dit moment zwanger?	ja nee misschien	Hoe was/ is uw menstruatie?	regelmatig onregelmatig korte cycli lange cycli
-----------------------------	------------------------	-----------------------------	----------------------------------------------------------

Menstratiepijn	pijn voor menstruatie pijn tijdens menstruatie pijn na menstruatie erge pijn milde pijn koude gevoel tijdens menstruatie	Duur menstruatie	
Bloedverlies	veel weinig normaal	Overige bijzonderheden	donker bloed helder rood klonters in bloed
Zit u in de overgang?	ja nee	Zo ja, sinds wanneer?	
Overgangsklachten			

---

### Kunt u uw ziektegeschiedenis in chronologische volgorde omschrijven?

(ziekten, ongevallen, behandelingen enz. Denk hierbij ook aan kinderziekten, eczeem, allergieën, kleine ongevallen zoals verstuikingen, amandelen knippen. Zwangerschappen en het verloop hiervan maar ook belangrijke ontwikkelingen in uw leven die eventueel van invloed kunnen zijn op uw gezondheid ( denk aan echtscheiding, overspannen, verlies van dierbare, depressies enz.)

Leeftijd + ziekte/ klacht/ zwangerschap/ongeval

**Hartelijk dank dat u de tijd heeft genomen dit formulier in te vullen!**

