

INTAKE FORMULIER

Personalia

1. Voornaam:
2. Achternaam:
3. Geboortedatum:
4. Adres: Straat
5. Postcode en plaats
6. Email adres:
7. Telefoonnummer:
8. Mobielnummer:
9. Huwelijkse staat: gehuwd, samenwonend, alleenstaand
10. Heeft u kinderen:
11. Zo ja hoeveel en hoe oud:
12. Wat is uw beroep:
13. Hoeveel uren werkt u, per week:
14. Naam en telefoonnummer van uw huisarts:
15. Naam en telefoonnummer van uw specialist:

16. Hoe is uw dagindeling:
17. Gebruikt u medicijnen, zo ja welke en waarvoor?

18. Gebruikt u voedingssupplementen, zo ja welke en waarvoor?

19. Sport u, zo ja welke sporten en hoe vaak per week?

20. Rookt u, zo ja hoeveel per dag?

21. Drinkt u, zo ja hoeveel per dag/per week?

22. Gebruikt u recreatieve drugs, zo ja wat en hoe vaak?

23. Wat is uw vaccinatie geschiedenis, graag met data?

Klachten

24. Beschrijf uw klachten

25. Sinds wanneer heeft u klachten
26. Beschrijf het ziekteverloop

27. Bij welke specialisten en alternatief genezers bent u geweest

28. Heeft dit verbetering gegeven, zo ja welke?

29. Heeft dit verslechtering gegeven, zo ja welke?

30. Heeft u KNO klachten, wilt u deze beschrijven?

31. Heeft u in uw jeugd KNO klachten gehad?

32. Kunt u kort beschrijven welke ziektes u heeft gehad?

33. Heeft u operaties gehad, zo ja welke?

34. Heeft u ooit een auto ongeluk of whiplash gehad, zo ja wanneer?

35. Heeft u psychische trauma's opgelopen in u leven, zo ja wanneer en welke?

36. Denkt u dat uw woon of werk situatie invloed heeft op uw ziekte?

37. Nemen uw klachten toe onder stress?

38. Heeft u nog menstruatie?

39. Zo nee, hoe oud was u toen in de overgang kwam?

40. Heeft u/had u menstruatie klachten, pijn vooraf, pijn tijdens, krampen of andere klachten?
41. Hoeveel dagen is/was uw cyclus?
42. Heeft u ooit de pil gebruikt?
43. Heeft/had u overmatig bloedverlies
44. Hoe ziet/zag uw menstruatiebloed eruit:
waterig/klonterig/kleverig/stinkend/veel/heel weinig.
45. Hoe is de kleur van uw menstruatiebloed?
46. Bent u met klachten bij een gynaecoloog geweest, zo ja welke diagnose is gesteld?
47. Heeft uw cyclus invloed op uw ziekteklachten?
48. Hoe is uw stoelgang: eenmaal per dag/meerdere dalen per dag/eenmaal per twee dagen/eenmaal per 3 of meer dagen
49. Heeft u darmklachten, zo ja ziet u een verband met uw ziekteklachten?
50. Heeft u een gezond hart, voor zover u weet?
51. Heeft u gezonde longen, voor zover u weet?
52. Heeft u neurologische klachten, zoals:
53. Hoofdpijn
54. Duizeligheid
55. Vergeetachtigheid
56. Afname geheugenfunctie
57. Coördinatie stoornissen
58. Gevoelloosheid
59. Tintelingen
60. Brainfog
61. Oorzuisen/Tinnitus
62. Of andere neurologische klachten?

63. Bent u buiten Europa geweest, zo ja waar, en heeft u tijdens of daarna klachten gekregen?
64. Kan u een cijfer geven aan uw klachten tussen 0 en 10 (0= geen klachten, 10= zeer heftige klachten)
65. Pijn
66. Hoofdpijn
67. Ziekte gevoel
68. Darm en buikklachten
69. Menstratieklachten
70. Emotionele en psychische klachten
71. Duizeligheid
72. Andere klachten
73. Komen soortgelijke klachten ook in uw familie voor?
74. Zijn er nog andere zaken die wij moeten weten?