

INTAKE FORMULIER

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden?

De gegevens worden met u doorgenomen tijdens het eerste consult. Deze gegevens blijven strikt geheim.

Bedankt voor uw inspanning.

Naam Voornaam

Adres

Postcode Woonplaats

Geboortedatum Burgerservicnr.

Telnr. E-mail

Beroep Sport

Medicijnen

Huisarts Telnr. huisarts

Wat is uw voornaamste klacht?

.....

.....

Wanneer is deze begonnen?

.....

Welke omstandigheden geven verbetering?

.....

.....

Welke omstandigheden geven verergering?

.....

.....

Hoe is uw ontlasting (regelmatig - onregelmatig – vast – dun – donker – licht)?

.....

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat?

.....

Heeft u naast uw hoofdklacht ook nog andere klachten?

.....

Komen er bepaalde ziekten (erfelijk of niet erfelijk) voor in uw familie (denk aan hart- en vaatziekten, reuma, diabetes etc)? Zo ja:

Moeder

Vader

Overige familie

Bent u al eerder behandeld voor deze klacht?

Indien ja, door wie en wanneer?

Resultaat van deze behandelingen

Voorgeschiedenis:

Kunt u, in chronologische volgorde, uw ziektegeschiedenis omschrijven?

- Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen heeft u in uw leven gehad? Denk hierbij ook aan kinderziekten, blindedarmonsteking enz.
- Eventuele zwangerschappen en het verloop hiervan.
- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven die van belang kunnen zijn: veranderingen in werk- of privéleven, depressies, echtscheiding.
- Verre reizen naar landen buiten Europa.

Leeftijd

Ziekte/klacht/swangerschap

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vragen of opmerkingen

.....

.....

.....