

Osteopathie-Delft intake volwassenen

Datum: _____

Therapeut: _____

Intake dd: _____

Tijd: _____

Geachte Mevrouw, Meneer,

Datum ontvangst secr.: _____

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: _____

B.G.G.: _____

Emailadres: _____

Beroep: _____ Vorige beroepen: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medicijngebruik: _____

Behandelend arts: _____ spec: _____

Adres: _____ Tel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

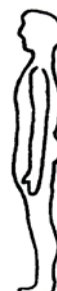
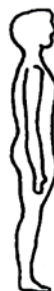
Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts*

Door wie bent 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 geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? (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/ brijig/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart
Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter?

voorkeur: _____ afkeur: _____

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed? _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? 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

- ☐ ☐ hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks *
- Waar in het hoofd? _____
- ☐ ☐ slapeloosheid
- ☐ ☐ slecht inslapen
- ☐ ☐ gewichtsverandering: toename/ afname *
- ☐ ☐ duizeligheid
- ☐ ☐ vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond *
- ☐ ☐ dubbel/vaag zien
- ☐ ☐ allergie: _____

LUCHTWEGEN/K.N.O.

- ☐ ☐ ademnood
- ☐ ☐ chronisch hoesten
- ☐ ☐ chronisch verkouden
- ☐ ☐ astma
- ☐ ☐ keelpijn/ontstekingen
- ☐ ☐ sinusitis
- ☐ ☐ oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- ☐ ☐ hoge/ lage bloeddruk *
- ☐ ☐ opgezette klieren
- ☐ ☐ aderverkalking
- ☐ ☐ onregelmatige hartslag
- ☐ ☐ pijn/beklemming borst
- ☐ ☐ hartkloppingen
- ☐ ☐ koude handen/voeten
- ☐ ☐ spataders
- ☐ ☐ vocht vasthouden

URINEWEGEN

- ☐ ☐ nierinfectie/nierstenen
- ☐ ☐ pijn bij het plassen
- ☐ ☐ prostaatklachten
- ☐ ☐ blaasontsteking
- ☐ ☐ geslachtsziekte
- ☐ ☐ verandering urine
- ☐ ☐ verandering libido

VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: _____
- ☐ ☐ pijnlijke menstruatie
- ☐ ☐ onregelmatige menstruatie
- ☐ ☐ langdurige menstruatie
- ☐ ☐ pijnlijke borsten
- ☐ ☐ premenstrueel syndroom
- ☐ ☐ witte vloed

MAAG/DARMEN

- ☐ ☐ darmontsteking
- ☐ ☐ verstopping
- ☐ ☐ diarree
- ☐ ☐ droge mond
- ☐ ☐ opgezette buik
- ☐ ☐ misselijkheid
- ☐ ☐ winderigheid
- ☐ ☐ buikpijn/ krampen *
- ☐ ☐ borrelende buik
- ☐ ☐ maagzuur
- ☐ ☐ bloedingen
- ☐ ☐ overig: _____

SPIEREN/GEWRICHTEN

- ☐ ☐ gespannen / slappe spieren *
- ☐ ☐ lage rugpijn
- ☐ ☐ nekpijn
- ☐ ☐ tintelingen/ uitstraling
- ☐ ☐ gewrichtspijnen
- ☐ ☐ spierpijnen/ krampen *
- ☐ ☐ bewegingsbeperking
- ☐ ☐ reuma

HUD

- ☐ ☐ eczeem / uitslag *
- ☐ ☐ snel blauwe plekken
- ☐ ☐ droge huid / transpiratie *
- ☐ ☐ jeuk
- ☐ ☐ snel brekende nagels
- ☐ ☐ haaruitval / brekend haar *

GESTELDHEID

- ☐ ☐ zenuwachtigheid
- ☐ ☐ depressies
- ☐ ☐ overbezorgdheid
- ☐ ☐ concentratiezwakte
- ☐ ☐ geheugenvermindering
- ☐ ☐ angst
- ☐ ☐ veel piekeren
- ☐ ☐ lusteloosheid
- ☐ ☐ opkroppen
- ☐ ☐ weinig zelfvertrouwen
- ☐ ☐ verdriet, droefheid
- ☐ ☐ besluiteloosheid
- ☐ ☐ geïrriteerdheid
- ☐ ☐ opvliegers
- ☐ ☐ overig: _____