

**Intakeformulier Osteopathie**

Beste cliënt,

Zou je de volgende vragen aandachtig door willen lezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden? Bij het intake-gesprek zullen de gegevens worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Bedankt voor de moeite van het invullen en beantwoorden van de vragen!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | Voornaam: |  |
| Adres:  |  | Postcode: |  |
| Woonplaats: |  | Geboortedatum: |  |
| Geslacht |  |  |  |
| Geboorteplaats: |  |  |  |
| Mobiel:  |  | Bij geen gehoor |  |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beroep: |  |
| Vorige beroepen:  |  |
| Sport, Hobby, Vrije tijd |  |
| Medicijngebruik: |  |
| Huisarts:  | telefoonnummer:  |
| Specialist:  | telefoonnummer:  |
| Therapeut:  | telefoonnummer:  |
| Soort therapeut  |  |
| Zorgverzekering & relatienummer |  |
| Door wie ben je geïnformeerd/geadviseerd: |  |
| **Wat is je hulpvraag/reden van contact?** |  |
| **Wat is je voornaamste klacht?** |  |
| **Wanneer is deze begonnen en onder welke** **omstandigheden?**  |  |
| **Wat is je verwachting van deze behandeling?** |  |

Als je pijn hebt, kun je de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend), n.l.:

Is er een regelmaat of patroon in de klachten te ontdekken?

Welke omstandigheden geven verbetering? (bijv. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering?

Hoe voel je je in het algemeen? (bijv. verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd, vrolijk, opgewekt):

Zijn er momenten op een dag van inzinking?

Zo ja, wanneer:

Word je 's nachts wakker en zo ja, hoe laat?

Hoe is de stoelgang?

\_\_ x dagelijks / \_\_\_ x per week. Regelmatig/onregelmatig

Consistentie: vast/brijïg/zacht/waterig. Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart

Is er een voor- of afkeur voor:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| zuur | zoet | pikant | bitter |
|  |  |   |  |

Welke spijzen en/of dranken vallen niet goed?

Heb je grote behoefte aan zoetigheid? Ja/Nee

Rook je? Ja/Nee Zo ja, hoeveel?

Gebruik je alcohol? Ja/Nee Zo ja, hoeveel?

Gebruik je drugs? Ja/Nee Zo ja, welke en hoe vaak?

Drink je koffie? Ja/Nee Zo ja, hoeveel?

Hoeveel water drink je?

Wat eet je zoal? (Denk aan veel/weinig: groenten, koolhydraatrijke voeding, melkproducten, vlees, bewerkte voeding (o.a. pakjes en zakjes)

Welke zijn de bijkomende klachten nu?

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen

* Moeder:
* Vader:
* Overige familieleden:

Wil je op deze pagina die vierkantjes aankruisen, die voor jou van toepassing zijn. De linker kolom vierkantjes zijn voor *oude* klachten, de rechter kolom voor *recente* klachten. Als de huidige klachten vroeger ook al aanwezig waren, kruis dan beide vierkantjes aan. Er zijn ook keuzemogelijkheden (\*), hier graag aangeven wat van toepassing is.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **oud** | **recent** | **ALGEMEEN** | **oud** | **recent** | **MAAG/DARMEN** |
|  |  | Hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks \* |  |  | darmontsteking  |
|  |  | Waar in het hoofd?      |  |  | verstopping |
|  |  | slapeloosheid  |  |  | diarree |
|  |  | slecht inslapen |  |  | droge mond |
|  |  | gewichtsverandering: toename/afname \* |  |  | opgezette buik |
|  |  | duizeligheid |  |  | misselijkheid |
|  |  | vermoeidheid: continu/ochtend/middag/avond \* |  |  | winderigheid |
|  |  | dubbel/vaag zien |  |  | buikpijn/ krampen \* |
|  |  | allergie: |  |  | borrelende buik |
|  |  |  |  |  | maagzuur |
|  |  |  |  |  | bloedingen |
|  |  | **LUCHTWEGEN/K.N.O.** |  |  | overig:      |
|  |  | ademnood |  |  |  |
|  |  | chronisch hoesten  |  |  | **SPIEREN/GEWRICHTEN**  |
|  |  | chronisch verkouden |  |  | Gespannen / slappe spieren \* |
|  |  | astma |  |  | lage rugpijn |
|  |  | keelpijn/ontstekingen |  |  | nekpijn |
|  |  | sinusitis |  |  | tintelingen / uitstraling |
|  |  | middenoorontstekingen |  |  | gewrichtspijnen |
|  |  | oorsuizen |  |  | spierpijnen/ krampen \* |
|  |  |  |  |  | bewegingsbeperking |
|  |  | **HART EN BLOEDVATEN**  |  |  | reuma |
|  |  | hoge / lage bloeddruk \* |  |  |  |
|  |  | opgezette klieren |  |  | **BOTTEN** |
|  |  | aderverkalking  |  |  | Osteoporose |
|  |  | onregelmatige hartslag |  |  |  |
|  |  | Pijn/beklemmend gevoel op borst |  |  |  |
|  |  | hartkloppingen |  |  | **HUID** |
|  |  | koude handen/voeten |  |  | eczeem / uitslag \*  |
|  |  | spataders |  |  | snel blauwe plekken  |
|  |  | vocht vasthouden |  |  | droge huid / transpiratie \* |
|  |  |  |  |  | jeuk |
|  |  |  |  |  | snel brekende nagels |
|  |  |  |  |  | haaruitval / brekend haar \* |
|  |  |  |  |  |  |
| **oud** | **recent** | **URINEWEGEN** | **oud** | **recent** | **GESTELDHEID** |
|  |  | nierinfectie/nierstenen |  |  | zenuwachtigheid |
|  |  | pijn bij het plassen |  |  | depressies |
|  |  | prostaatklachten |  |  | overbezorgdheid |
|  |  | blaasontsteking |  |  | concentratiezwakte |
|  |  | geslachtsziekte |  |  | geheugenvermindering |
|  |  | verandering urine |  |  | angst |
|  |  | verandering libido |  |  | veel piekeren |
|  |  |  |  |  | lusteloosheid  |
|  |  |  |  |  | opkroppen |
|  |  | **VROUW** |  |  | weinig zelfvertrouwen |
|  |  | zwanger Ja/Nee |  |  | verdriet, droefheid |
|  |  | leeftijd 1e menstruatie: |  |  | besluiteloosheid  |
|  |  | pijnlijke menstruatie |  |  | geïrriteerdheid |
|  |  | onregelmatige menstruatie |  |  | opvliegers |
|  |  | langdurige menstruatie |  |  |  |
|  |  | pijnlijke borsten |  |  | overig: |
|  |  | premenstrueel syndroom  |  |  |  |
|  |  | witte vloed |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Overige informatie die je kwijt wilt die mogelijk van belang is:

**Ziektegeschiedenis.**

Kun je zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen je in je leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen/extracties, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. Doorgemaakte kinderziekten.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
4. Belangrijke ontwikkelingen in je leven kunnen eveneens van invloed zijn (echtscheiding, overspannen/burn out, depressies, emotionele trauma’s etc.).
5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa).

|  |  |
| --- | --- |
| **LEEFTIJD** |  **ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELING.** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|        |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|     |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Ben je, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).

Welke ziekte was de zwaarste in je leven?

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor de huidige klachten begonnen?

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer:

Verergering van:

Zijn er nog zaken die je wilt vermelden die van belang kunnen zijn voor de behandeling? Dan is daar hier ruimte voor:

***In te vullen door de osteopaat:***

Toestemming voor behandeling