Intakeformulier Womb & Fertility Therapy / Empowered Feminine Treatment

Qi Movere – Osteopathiepraktijk Marga van Genderen



PERSOONLIJKE GEGEVENS

Datum van de eerste afspraak: ………………………………………………………………….

Naam: …………………………………………………………………..

Adres: …………………………………………………………………..

Postcode en woonplaats: …………………………………………………………………..

Emailadres: …………………………………………………………………..

Telefoonnummer: …………………………………………………………………..

Geboortedatum: …………………………………………………………………..

Zorgverzekering …………………………………………………………………..

Relatienummer zorgverzekering …………………………………………………………………..

Heb je kinderen? Zo ja, leeftijd: ………………………………………………………………….

Hoe heb je mijn praktijk gevonden? ………………………………………………………………………………….

Wat is de belangrijkste reden voor je bezoek aan mijn praktijk?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

MEDISCHE GEGEVENS

Hieronder is een aantal blokken met vragen om snel inzicht te krijgen in je systeem. Vul deze zo volledig mogelijk in zodat ik een goed beeld krijg en je de beste behandeling kan geven.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vragen omtrent je welzijn** | **JA** | **NEE** | **Opmerking: geef zo veel mogelijk relevante informatie**  |
| 1 | Heb je ooit een operatie gehad? Zo ja, licht toe…. |  |  |  |
| 2 | Ben je kort geleden ziek geweest? Zo ja, licht toe… |  |  |  |
| 3 | Ben je in het verleden ernstig ziek geweest? Zo ja, licht toe…. |  |  |  |
| 4 | Heb je regelmatig pijn? Zo ja, waar? |  |  |  |
| 5 | Heb je allergieën? (die invloed kunnen hebben op de massage) |  |  |  |
| 6 | Gebruik je medicijnen? Zo ja, welke? |  |  |  |
| 7 | Slaap je goed? |  |  |  |
| 8 | Voel je je over het algemeen fit en gezond? |  |  |  |
| 9 | Ervaar je andere gezondheidsklachten? Zo ja, licht toe…. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vragen omtrent om algehele gesteldheid** | **JA** | **NEE** | **Opmerking, geef zo veel mogelijk relevante informatie** |
| 1 | Heb je een te hoge bloeddruk? | (ga naar vraag 3) |  |  |
| 2 | Heb je een te lage bloeddruk? |  |  |  |
| 3 | Heb je spataderen? |  |  |  |
| 4 | Heb je last van koude handen/ voeten? |  |  |  |
| 5 | Heb je een blaasontsteking? |  |  |  |
| 6 | Moet je opvallend vaak plassen? |  |  |  |
| 7 | Heb je regelmatig obstipatie?(<1x per dag) |  |  |  |
| 8 | Heb je regelmatig diarree? |  |  |  |
| 9 | Heb je PDS (prikkelbare darm syndroom)? |  |  |  |
| 10 | Heb je regelmatig buikpijn? (zo ja benoem/ links/ rechts/beide kanten |  |  |  |
| 11 | Ben je in het verleden weleens gewond geweest aan je heiligbeen of stuitje? |  |  |  |
| 12 | Heb je migraine? |  |  |  |
| 13 | Heb je regelmatig hoofdpijn? (zo ja, hoe vaak?) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vragen omtrent voortplantingsorganen** | **JA** | **NEE** | **Opmerking, geef zo veel mogelijk informatie** |
| 1 | Wil je zwanger worden? (Zo ja, hoelang probeer je al zwanger te worden) |  | (ga naar vraag 3) |  |
| 2 | Heb je hulp gezocht in het medische circuit? (Zo ja, vul hiernaast bij de opmerkingen in welke onderzoeken/ behandelingen je gehad hebt, of en welke afwijkingen gevonden zijn) |  |  |  |
| 3 | Ben je eerder zwanger geweest? (Zo ja, hoe is je bevalling verlopen?) |  |  |  |
| 4 | Heb je weleens een miskraam gehad? (Zo ja, hoe vaak) |  |  |  |
| 5 | Heb je weleens een buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad? (Zo ja, hoe vaak) |  |  |  |
| 6 | Heb je een abortus gehad? |  |  |  |
| 7 | Heb je ooit een SOA gehad? |  |  |  |
| 8 | Heb je moeite om een orgasme te krijgen? |  |  |  |

JE MENSTRUATIECYCLUS *(Als je niet meer menstrueert zijn vraag 4 t/m 14 veelal niet van toepassing op je; vul alsjeblieft de vragen in die eventueel wél van toepassing zijn.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vragen omtrent je cyclus** | **JA** | **NEE** | **Opmerking, geef zo veel mogelijk informatie** |
| 1 | Op welke leeftijd was je eerste menstruatie? |  |  |  |
| 2 | Menstrueer je nog? | (ga naar vraag 4) | (ga naar vraag 3) |  |
| 3 | Wanneer was je menopauze? |  |  |  |
| 4 | Heb je een regelmatige cyclus? Vermeld gemiddeld aantal dagen  |  |  |  |
| 5 | Blijft je menstruatie weleens uit? |  |  |  |
| 6 | Menstrueer je hevig? |  |  |  |
| 7 | Heb je last van menstruatiepijn? |  |  |  |
| 8 | Voel je je eisprong? (Zo ja, op welke dag van je cyclus heb je je eisprong) |  |  |  |
| 9 | Slik je pijnstillers tegen menstruatiepijn? |  |  |  |
| 10 | Heb je PCOS? (PolyCysteus Ovarium Syndroom) |  |  |  |
| 11 | Heb je endometriose? |  |  |  |
| 12 | Is er sprake van andere problemen in je cyclus? (denk ook aan vleesbomen, eileiderontsteking, vervroegde overgang) Zo ja, benoem  |  |  |  |
| 13 | Heb je een spiraaltje? |  |  |  |
| 14 | Heb je korter dan een jaar geleden de pil geslikt of een spiraaltje gebruikt? |  |  |  |

SYMPTOMEN VOOR EN/OF TIJDENS JE MENSTRUATIE *(Sla dit vragenblok over als je niet meer menstrueert.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vragen omtrent de symptomen in je cyclus** | **JA** | **NEE** | **Opmerking, geef zo veel mogelijk informatie** |
| 1 | Lage rugpijn? |  |  |  |
| 2 | Hoofdpijn? |  |  |  |
| 3 | Duizeligheid? |  |  |  |
| 4 | Veranderde stoelgang; diarree/ constipatie? |  |  |  |
| 5 | Donker dik bloed bij begin menstruatie? |  |  |  |
| 6 | Bruin bloed bij begin menstruatie? |  |  |  |
| 7 | Donker dik bloed bij einde menstruatie? |  |  |  |
| 8 | Bruin bloed bij einde menstruatie? |  |  |  |
| 9 | Bloedstolsels tijdens menstruatie? |  |  |  |
| 10 | Krampen (zo ja benoem links/ rechts/ beide ) |  |  |  |
| 11 | Zwaar gevoel in onderbuik? |  |  |  |
| 12 | Moet je tijdens je menstruatie vaker plassen? |  |  |  |
| 13 | Wil je nog iets toevoegen over je menstruatiecyclus? |  |  |  |

JE EMOTIES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vragen omtrent je emotionele gesteldheid** | **JA** | **NEE** | **Opmerking, geef zo veel mogelijk informatie** |
| 1 | Voel je je gelukkig en ontspannen? Geef dit aan in een cijfer van 1 (ongelukkig) t/m 10 (super gelukkig)  |  |  |  |
| 2 | Ervaar je veel stress in je dagelijkse leven? (denk aan werk, relaties, druk, zwanger worden etc.) |  |  |  |
| 3 | Wat voor werk doe je? En hoeveel uur werk je? |  |  |  |
| 4 | Ervaar je vaak negatieve emoties als verdriet, jaloezie, onrust, woede, angst of onzekerheid? |  |  |  |
| 5 | Maak je je zorgen over je vruchtbaarheid? |  |  |  |
| 6 | Zie je op tegen een bevalling? |  |  |  |
| 7 | Ben je tevreden over jezelf? |  |  |  |
| 8 | Kun je gemakkelijk ontspannen? |  |  |  |
| 9 | Ben je slachtoffer geweest van seksueel misbruik? |  |  |  |
| 10 | Ben je slachtoffer geweest van emotioneel misbruik? |  |  |  |
| 11 | Heb je een trauma meegemaakt? |  |  |  |
| 12 | Wil je nog iets toevoegen dat van belang kan zijn bij je gezondheid, menstruatiecyclus, emoties of je vruchtbaarheid?  |  |  |  |

**Tot slot**

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst! De effectiviteit van je behandeling is mede afhankelijk van je ingevulde antwoorden, wees er daarom zeker van dat je de vragenlijst zo duidelijk, uitgebreid en eerlijk mogelijk hebt ingevuld. Je privacy en vertrouwen zijn belangrijk voor me. Alles wat je invult, of noemt tijdens de behandelingen blijft tussen ons. Je gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en niet aan derden verstrekt.

Met ondertekening van dit formulier verklaar je het volgende:

Fertiliteitsmassage is geen vervanging voor medische zorg. Ik stel geen diagnoses over medische en/of mentale aandoeningen en kan daarvoor ook niet verantwoordelijk worden gesteld. Wanneer je gezondheidsklachten (of mentale klachten) ervaart dien je dit aan mij te communiceren, zodat de behandeling hierop kan worden afgestemd. Je bent zelf verantwoordelijk voor je gezondheid en ik adviseer je te allen tijde om een arts te raadplegen wanneer je medische of mentale problemen ervaart.

Een zwangerschap kan niet worden gegarandeerd.

Afspraken die niet binnen 24 uur voor het tijdstip van de afspraak worden geannuleerd worden in rekening gebracht. (Ik reserveer tijd in mijn agenda voor je en op zo’n korte termijn kan ik de gereserveerde plek niet meer opvullen.) Wil je je afspraak annuleren of verzetten? Mail naar margavangenderen.osteopathie@gmail.com of bel: 06-21551624.

En dan nu…welkom! :-) Ik hoop dat je zult genieten van je massage en je snel de eerste positieve effecten van deze bijzondere massage zult kunnen ervaren.

Marga van Genderen

*Qi Movere*

Hier graag je volledige naam voor akkoord:

……………………………….

(naam cliënte)

……………………………….

(datum)