**Intake formulier:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Achternaam |  | | | |
| Voornamen |  | | | |
| Roepnaam |  | | | |
| Geboortedatum |  | | | |
| Samenlevingsvorm | О Inwonend bij ouder | | О Vriend(in) | О Alleenstaand |
|  | О Samenwonend | | О Getrouwd | О Gescheiden |
|  | О Weduw(e)naar | | О Anders |  |
| Kinderen | Naam | | Geboortedatum | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| Beroep, functie |  | | | |
| Hoeveelste in kinderrij |  | | | |
| Adres |  | | | |
| PC/Woonplaats |  | | | |
| Email |  | | | |
| Telefoonnummer | Privé | Mobiel: | | |
| Huisarts | Dr. | Te | | |
| Verzekeraar |  | Relatienummer | | |

Sport en/of hobby’s:

1. Wat zijn de klachten?

* Wanneer zijn ze begonnen?
* In hoeverre belemmeren de klachten u?
* Hoe uiten de klachten zicht?
  + Hoe voelt het (pijn, emotie, stress)
  + Waar wordt het gevoeld
  + Hoe vaak, hoe lang en op welk tijdstip is de klacht aanwezig?
  + Is er iets waardoor de klacht erger of minder wordt?
  + Hoe reageert de omgeving op uw klachten?
  + Wat heeft u in het verleden aan de klacht gedaan en wat doet u nu?
  + Wat is je doel in de behandeling?
  + Heeft u voor deze klacht een arts/specialist/therapeut bezocht?
    - Zo ja,…..

**Belangrijke gebeurtenissen**

Zijn er momenten in uw leven geweest die u als traumatisch hebt ervaren?

Ongeluk? Wanneer:

Wat zijn de gevolgen en heeft u er blijvend letsel aan overgehouden?

Operatie? Wanneer en waaraan bent u geopereerd?

Zijn de klachten overgegaan?

Heeft u een volledige narcose ondergaan?

* Hoe vaak
* Wat waren de reacties

Heeft u plaatselijke verdoving gehad?

* Hoe vaak
* Wat waren de reacties

Ander trauma?

**Algemeen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rookt u? |  | | |
| Drinkt u koffie? |  | | |
| Drinkt u alcohol? |  | | |
| Gebruikt u drugs? |  | | |
| Hoeveel uur per dag kijkt u tv enz. |  | | |
| Hoeveel x per week sport je min. 30min? |  | | |
| Huisdieren? |  | | |
| Wat gebeurt er met je in stresssituaties? |  | | |
| Medicijnen? | Welke: | Waarvoor: | Hoe lang: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Voedingssupplementen? |  | | |
|  |  | | |
| Hoe is de ontlasting? |  | | |
| Slapen | Inslapen? | | |
|  | Doorslapen? | | |
|  | Hoe wordt u wakker? | | |

Drinkt u voldoende water?

Als u ja heeft ingevuld, hoeveel water is dat ongeveer per dag?