



Intakeformulier volwassenen bij Kerngezond & Fit

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V E-mailadres: _____
Voornaam: _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____ Geboorteplaats: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____ Zorgverzekeraar: _____
Telefoon/mobiel: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____
Bent u onder behandeling van een specialist, naam: _____ Telefoon: _____
Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt u op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruikt u andere middelen die u zijn voorgeschreven door anderen of op eigen initiatief, bijvoorbeeld (voeding)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten? Gelieve deze 24 uur voor het consult niet meer innemen

Middel	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Graag de medicatie en supplementen bij het consult meebrengen

Aanvullende vragenlijsten omtrent uw gezondheid dient u in te vullen op onderstaande website

<https://www.rpsanitashumanus.com/diensten/rp-anamnese>. Hierstaan 4 stuks aanvullende vragenlijsten voor u klaar ter extra aanvulling van dit intakeformulier. Graag invullen en mij mailen

Leefsituatie

Burgerlijke staat: _____

Wat is uw beroep: _____

Wat waren uw vorige werkzaamheden: _____

Wat doet u voor sport/hobby/vrije tijd: _____

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is uw voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heeft u: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe uit(en) deze zich: _____

Welk cijfer zou u uw gezondheid nu geven (1 = slechtst, 10 = best): _____

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: _____

Zijn er omstandigheden die verergering geven: _____

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: _____

Is/zijn uw klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen: _____

Heeft u pijn: ja nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn stekend brandend zeurend schietend
 kloppend dof snijdend

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken

Uw lengte: _____ m Uw gewicht: _____ kg

Hoe voelt u zich in het algemeen: _____

Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking: _____

Kunt u makkelijk inslapen: ja nee Wordt u 's nachts wakker, hoe laat: _____ uur

Frequentie van de stoelgang: _____ x dagelijks/ _____ x per week → regelmatig onregelmatig

Consistentie van de stoelgang: vast brijig zacht waterig

Kleur van de stoelgang: wit lichtbruin geelbruin donkerbruin zwart groen

Transpireert u: veel weinig niet sterk ruikend

Graag aankruisen waar u uzelf in herkent:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angstig | <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Perfectionistisch | <input type="checkbox"/> Piekeren |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Verdrietig | <input type="checkbox"/> Gejaagd | <input type="checkbox"/> Cijfer mezelf snel weg |
| <input type="checkbox"/> Depressief | <input type="checkbox"/> Snel schuldgevoel | <input type="checkbox"/> Stressgevoelig | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> Opkroppen | <input type="checkbox"/> Blij | <input type="checkbox"/> Bezorgd | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen |

Aanvulling: _____

Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft u in uw leven doorgemaakt:

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in uw leven: _____

Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt: _____

Heeft u antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft u buiten Europa gereisd: ja nee Zo ja, waar? _____

Heeft u vaccinaties gehad i.v.m: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Bent u in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut/specialist, bijvoorbeeld cardioloog, internist, mesologie, osteopaat, acupuncturist of homeopaat: _____

Welke ziekten en/of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen in uw familie voor?

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Voedingsgewoonten

Eet u: vegetarisch veganistisch Anders: _____

Heeft u een voorkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft u een afkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen u niet goed: _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid: ja nee Wat neemt u dan: _____

Drinkt u koffie: ja nee Hoeveel: _____

Drinkt u alcohol: ja nee Wat en hoeveel: _____

Rookt u: ja nee Hoeveel: _____ Heeft u gerookt: ja nee

Gebruikt u drugs: ja nee Hoeveel: _____ Heeft u drugs gebruikt: ja nee

Aanvulling: _____

Allergie/Overgevoeligheden

Heeft u wel eens een koortslip: ja nee

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt
 vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling: _____

Algemeen	vroeger	nu	
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Slechte concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Slecht geheugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewichtsverandering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00toename		00afname	
Vermoeidheid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00continu	00ochtend	00middag	00avond
Zichtvermogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00vaag zien	00dubbel zien	00staar	
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00dagelijks	00wekelijks	00maandelijks	

Waar in het hoofd heeft u pijn: _____

Aanvulling: _____

Circulatie	vroeger	nu
Bloeddruk hoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloeddruk laag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spataderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restless legs (onrustige benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede (anemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Spiere en gewrichten	vroeger	nu	
Nekpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reumatische klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stijf bij opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spiere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00slap	00gespannen	00pijnlijk	00krampen
Rugpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00hoog	00midden	00laag	

Aanvulling: _____

Huid/Haar/Nagels	vroeger	nu	
Snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00snel brekend	00uitval		
Huid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
00vet	00droog	00uitslag	00eczeem
00jeuk	00slechte wondgenezing	00acne	
Littekens:	00ongeval	00operatie	

Waar heeft u littekens: _____

Aanvulling: _____

Spijvertering	vroeger	nu		
Buikkrimp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Borrelende buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bloed bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Slijm bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brandend maagzuur (reflux):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
00altijd	00na de maaltijd	00's nachts		
Anus: 00jeuk	00kramp	00aambeien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Luchtwezen/KNO	vroeger	nu
Oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00benauwd	00kortademig	00hyperventilatie
Astma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Aanvulling: _____

Urinewegen	vroeger	nu
Nier infectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Man	vroeger	nu
Verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erectiestoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Vrouw	vroeger	nu
Bent u momenteel zwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zwangerschappen doorgemaakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Onvoldragen zwangerschappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u anticonceptie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Welke: _____

Leeftijd van uw eerste menstruatie: _____ jaar

Verandering libido vroeger nu

Vaginale klachten: vroeger nu

 00afscheiding 00infecties 00jeuk 00SOA

Menstruatieklachten: vroeger nu

 00PMS 00pijnlijk 00hevig 00langdurig 00onregelmatig

Aanvulling: _____

Privacy

In verband met wettelijke regelgeving (AVG/WGBO) bent u verplicht om voor aanvang van het eerste consult de Privacyverklaring en Algemene voorwaarden van de Praktijk Kernegezond & Fit te lezen en hiervoor te tekenen. Deze zijn te vinden op www.kernegezond-fit.nl of kan op verzoek naar u toegestuurd worden. Uw handtekening kunt u hieronder plaatsen.

Ja ik ga akkoord met de Privacyverklaring en Algemene Voorwaarden van de Praktijk Kernegezond & Fit

Handtekening: _____