**INTAKE en ANAMNESEFORMULIER**

Persoonsgegevens

| 1 | Achternaam |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Voorletters en voornaam |  |
| 3 | Adres |  |
| 4 | Postcode en woonplaats |  |
| 5 | Telefoonnummer |  |
| 6 | Geboortedatum |  |
| 7 | Lengte en gewicht? |  |
| 8 | Verzekeringsnummer |  |
| 9 |  **⃝** Gehuwd  **⃝** Samenwonend **⃝** Vrouw **⃝** Ongehuwd **⃝** Alleenstaand **⃝**  Man |

| 10 | Adres, telefoonnummer, geraadpleegde huisarts/ specialist: |
| --- | --- |
| 11 | Adres, telefoonnummer, geraadpleegde hulpverlener(s): |
| 12 | Wie heeft u verwezen? |

**Dagelijkse bezigheid**

| 14 | Wat is uw beroep of dagelijkse bezigheid? |
| --- | --- |
| 15 | Hobby? |
| 16 | Beoefent u een sport? Indien ja, welke en hoe vaak? |

**Huidige klachten:**

| 17 | Wat zijn uw huidige klachten?  |
| --- | --- |
| 18 | Wat is er tot op heden aan gedaan? |
| 19 | Sinds wanneer zijn de klachten ontstaan? |
| 20 | Is het een acute klacht of is de klacht al een tijd aanwezig? |
| 21 | Op welke tijden van de dag of de nacht zijn de klachten erger of voelt u zich algeheel minder goed? |
| 22 | Als u pijnen hebt of bijzondere gevoelens, wilt u deze dan hier vermelden?Bijvoorbeeld de soort pijn: kloppend,brandend, stekend, knagend, trekkend, schietend, scheurend, samentrekkend. Of wat voor een soort gevoel: een gevoel alsof.... |
| 23 | Heeft u last (gehad) van onderstaande klachten, indien ja, wanneer?* Overspannenheid?
* Burn-out?
* Flauwvallen?
* Hyperventilatie?
* Hartkloppingen?
* Depressies?
 |

**Medicijngebruik**

| 24 | Gebruikt u op dit moment medicijnen of recent gebruikt? Zo ja, welke? (denk ook aan 'de pil') |
| --- | --- |
| 25 | Voor welke klacht? |
| 26 | Hoeveelheid? |
| 27 | Sinds wanneer? |
| 28 | Wilt u de medicijnen meebrengen het eerste consult? |

**Medische voorgeschiedenis:**

| 29 | Wat voor vroegere (kinder) ziekten hebt u gehad en wanneer? |
| --- | --- |
| 30 | Zijn er ziekenhuisopnamen geweest?Zo ja, waarvoor en wanneer?? |
| 31 | Bent u geopereerd? Indien ja, wanneer en waaraan? |
| 32 | Heeft u ergens littekens? Zo ja, waar? |

**Familie ziekte geschiedenis**

| 33 | Wat is u bekend over het voorkomen van de hieronder genoemde ziekten in uw familie?* huidaandoeningen, zoals bv eczeem en psoriasis
* longaandoeningen zoals bv astma, bronchitis
* Hartproblemen
* maag- en darmbezwaren, zoals bv zweren, ziekte van Crohn, coeliakie
* erfelijke aandoeningen
* zenuwziekten
* t.b.c./ tuberculose
* kanker
* reuma
* suikerziekte
* bloedziekten, zoals bv bloedarmoede
* gal-, lever- of nierlijden, zoals bv ontstekingen, gal- of nierstenen
* anders, nl:
 |
| --- | --- |
| 34 | Wilt u hierboven aangeven om welk familielid het gaat? (grootouders, ouders, kinderen, ooms,tantes) |

**Vaccinaties**

| 35 | Welke inentingen hebt u gehad en wanneer?  |
| --- | --- |
| 36 | Reageerde u heftig op inentingen of totaal geen reactie? |

**Voeding**

| 37 | 1. Gebruikt u op dit moment voedingssupplementen? Zo ja, welke?
 |
| --- | --- |
| 38 | 1. Wanneer en hoeveelheid?
 |
| 39 | 1. Wilt u deze supplementen meebrengen tijdens het eerste consult?
2. Dan kan ik testen of ze goed voor u zijn.
 |
| 40 | 1. Wat zijn uw eetgewoonten?
2. Kunt u een voorbeeld geven wat u gemiddeld per dag eet, inclusief de snacks en tussendoortjes?
 |
| 41 | 1. Heeft u het vermoeden op een voedselintolerantie?
2. Zo ja, wilt u dan deze voedingsmiddelen waar u over twijfelt mee nemen het eerstvolgende consult?
 |

| 42 | Rookt u?, indien ja, hoeveel? |
| --- | --- |
| 43 | Gebruikt u drugs/ alcohol? Indien ja, welke en hoeveel? |

**Hormooncyclus vrouw**

| 44 | Zijn er klachten rondom de menstruatiecyclus? (bijvoorbeeld buikpijn, PMS, zwaarmoedig gevoel) |
| --- | --- |
| 45 | Hoe is uw menstruatiecyclus? Hoeveel dagen zitten er tussen twee menstruaties in? (bijvoorbeeld 28 dagen) |
| 46 | Bent u momenteel zwanger? |
| 47 | Heeft u eerdere klachten gehad tijdens een zwangerschap? |

| Hierbij verklaart ondergetekende:Wel/ geen bezwaar te hebben tegen het gebruik van gegevens zoals vermeld op dit intake en anamneseformulier onder de nummers 14 t/m 47, bestemd voor statistische doeleinden.Wel/ geen bezwaar te hebben tegen melding van behandeling aan uw huisarts.Naam Cliënt:Handtekening cliëntIrene Waardenburg zal geheimhouding in acht nemen ten aanzien van de verstrekte gegevens (met uitzondering van de gegevens waaromtrent de cliënt heeft verklaard, dat hij geen bezwaar maakt tegen het gebruik voor statistische doeleinden).Indien op grond van de verstrekte gegevens en daaropvolgende nadere kennismaking tot behandeling wordt besloten, zal een en ander worden vastgelegd in een door partijen te ondertekenen behandelingsovereenkomst.Natuurgeneeskundig therapeut Irene WaardenburgLid BATC: 1794 Natuurgeneeskundig therapeut Poortersdreef 29 3824 DL Amersfoort 06 43272484   |
| --- |

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst, u kunt deze vragenlijst het eerste consult ingevuld mee brengen.

Hartelijke groet,

Irene Waardenburg