

## INTAKE- EN ANAMNESE FORMULIER

### *Persoonsgegevens*

1	Achternaam	
2	Voorletters en voornaam	
3	Adres	
4	Postcode en woonplaats	
5	Telefoonnummer	
6	Geboortedatum, -plaats, - tijd(indien bekend)	
7	BSN nummer	
8	Zorgverzekeraar + nummer	
9	E-mailadres	
10	<input type="radio"/> Gehuwd <input type="radio"/> Samenwonend <input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Ongehuwd <input type="radio"/> Alleenstaand <input type="radio"/> Man	

11	Klacht(en)	
12	Sedert wanneer	
13	Reden, oorzaak (indien bekend)	
14	Heeft u last (gehad) van  Heeft u een	Fysieke of emotionele klachten ? Indien ja, welke?  <input type="radio"/> een ernstige ziekte of aandoening (gehad?)
15	Hebben naaste familieleden (ouders/broers/zussen)	<input type="radio"/> Hart- en/of vaatklachten <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Chronische ziekte:

16	Adres/ telefoonnummer (geraadpleegde) huisarts / specialist / hulpverlener Cliënt heeft wel / geen* bezwaar tegen melding van behandeling aan de huisarts / specialist / hulpverlener
17	Wie heeft u verwezen?

**Medische geschiedenis**

18	Gebruikt u medicijnen en/of bloedverdunners? Indien ja, waarvoor, welke en hoeveel? Sinds wanneer?
19	Zijn er röntgenfoto's gemaakt? Indien ja, wanneer, waarom?
20	Bent u geopereerd? Indien ja, wanneer en waaraan?
21	Gebruikte u ooit antibiotica, corticosteroiden, slaap- of kalmeringsmiddelen? Zo ja, wanneer?
22	Heeft u een prothese, implantaat, ICD of pacemaker? Indien ja, sinds wanneer?
23	Drinkt u koffie, zo ja, hoeveel koppen per dag?
24	Heeft u een allergie of intolerantie? Zo ja, waarvoor
25	Zijn er niet genoemde klachten waar u hinder van heeft? Indien ja, welke?

## Leefsituatie

26	Is er sprake van spanningen thuis of op het werk? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
27	Wat is uw beroep of zijn uw dagelijkse bezigheden?
28	Omschrijf uw eetgewoonten, evt. dieet of voedingsfilosofie
29	Rookt u ? indien ja, hoeveel?
30	Gebruikt u alcohol / drugs ? Indien ja, hoeveel?
31	Komt u in aanraking met lichaamsvreemde stoffen? Zo ja, welke? (denk aan bv. zware metalen, lijm, verf enz.)
32	Werkt u veel met beeldschermen?    Indien ja; hoeveel uur per dag?
33	Werkt u in een gebouw met airconditioning?
34	Heeft u een (dagelijkse) regelmatige stoelgang?
35	Ondervindt u slaapproblemen?    Indien ja; bij inslapen / doorslapen / vaak wakker worden 's nachts?
36	Beoefent u een sport of doet u aan beweging? Indien ja, welk en wanneer ?
37	Hoe is de menstruatiecyclus? Heeft u last van (pre) menstruele klachten?
38	Wat is uw lengte:                          gewicht:                          tailleomvang:

Ruimte voor overige notities:

Hierbij verklaart ondergetekende dat dit formulier naar waarheid is ingevuld.

Datum:

Handtekening cliënt:

De therapeut zal geheimhouding in acht nemen ten aanzien van de verstrekte gegevens. Indien op grond van de verstrekte gegevens en daaropvolgende nadere kennismaking tot behandeling wordt besloten, zal een en ander worden vastgelegd in een door beide partijen te ondertekenen behandelingsovereenkomst.