

Intakeformulier



Deze informatie wordt vertrouwelijk behandeld en dient uitsluitend ter ondersteuning van het intakegesprek.

Datum :

Voor- en achternaam :

Adres :

Postcode en woonplaats :

Telefoon :

E-mail :

Geboortedatum :

Geslacht :

Gewicht :

Lengte :

Gezinssamenstelling :

Beroep :

1. Heb je op dit moment gezondheidsklachten?

Zoals bijvoorbeeld: vermoeidheid, slaapproblemen, darmproblemen, prikkelbaarheid, huidproblemen, verhoogd cholesterol, hoge bloeddruk, eetstoornis, allergie, migraine etc.

Zo ja, welke?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Ben je onder medische behandeling (geweest)?

Zo ja, voor welke klachten?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Gebruik je op dit moment medicijnen / heb je medicijnen gebruikt?

Zo ja, welke en waarvoor? (en indien gebruikt hoe lang geleden?)

.....
.....
.....
.....
.....

4. Gebruik je voedingssupplementen?

Zo ja, welke, waarvoor en hoeveel?

.....
.....
.....
.....

5. Ben je zwanger, of van plan dit op korte termijn te worden?

.....

6. Rook je?

Zo ja, hoeveel en vanaf welke leeftijd?

.....

7. Heb je dagelijks ontlasting?

Zo ja, hoe vaak per dag? Zo nee, hoe vaak wel?

.....
.....
.....
.....

8. Hoe ziet je ontlasting eruit?

Bristol Stoelgangsschaal

	TYPE 1 Losse harde keutels, zoals noten (moeilijk uit te scheiden)
	TYPE 2 Als een worst, maar klonterig
	TYPE 3 Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant
	TYPE 4 Als een worst of slang, glad en zacht
	TYPE 5 Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijk uit te scheiden)
	TYPE 6 Zachte stukjes met gehavende randen, een papperige uitscheiding
	TYPE 7 Waterig, geen vaste stukjes. Helemaal vloeibaar.

1 2 3 4 5 6 7

9. Heb je een 'normale' geboorte gehad?

.....

Ontspanning

10. Kun je gemakkelijk in slaap komen?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Slaap je (goed) door?

Indien niet, hoe vaak word je wakker?

.....
.....
.....
.....
.....

12. Hoeveel uur per nacht slaap je gemiddeld?

.....
.....
.....

13. Word je 's ochtends uit jezelf wakker en ben je fris en uitgerust als je wakker wordt?

.....
.....
.....
.....

14. Ervaar je (veel) stress in je leven?

Zo ja, hoeveel op een schaal van 1 - 10 en wat zou de oorzaak kunnen zijn?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Heb je voldoende tijd om gedurende de dag te ontspannen?

Zo ja, wat doe je om te ontspannen?

.....

Eten

16. Hoe ziet jouw gemiddelde eetpatroon eruit?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Hoeveel eetmomenten heb je per dag?

.....

18. Wat en hoeveel drink je per dag?

.....

19. Gebruik je alcohol?

Zo ja, hoe vaak en hoeveel?

.....

20. Ben je vegetarisch of veganistisch?

.....

21. Heb je allergieën of intoleranties of vermoed je deze?

Zo ja, welke?

.....
.....
.....

Regelmatige beweging

22. Hoeveel beweeg je overdag?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

23. Hoe vaak per week sport je en welke sport beoefen je?

.....
.....
.....
.....

Als je op een schaal van 1 tot 10 (1 is slecht, 10 is uitstekend) een cijfer mag geven, welk cijfer geef je dan aan je

Fysieke gezondheid

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mentale gezondheid

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sociale leven

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Zakelijke leven

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Financiële leven

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Wat wil je met dit consult bereiken?

.....
.....
.....
.....
.....
.....