

INTAKE

Datum intake:

Naam:	Voornaam:
Adres:	Postcode:
Woonplaats:	Telefoon:
Email:	Mobiele telefoon:
Hoe heeft u ons gevonden?	Geboortedatum:

GEZONDHEID

Heeft u gezondheidsklachten?	Ja/nee	Zo ja, welke?
Gebruikt u medicijnen?	Ja/nee	Zo ja, welke?
Bent u allergisch?	Ja/nee	Zo ja, waarop?
Bent u zwanger?	Ja/nee	Zo ja, hoe ver? Verloopt de zwangerschap goed?
Heeft u een hoge of lage bloeddruk?	Ja/nee	Zo ja, staat u onder controle van arts? Wat was de laatste meeting?
Heeft in de afgelopen 5 jaar een operatie gehad?	Ja/nee	Zo ja waaraan?
Bent u onder behandeling van een arts?	Ja/nee	Zo ja, waarvoor?
Welk punt geeft u aan uw eigen gezondheid?	Cijfer:	
Maakt u zich zorgen over uw gezondheid?	Ja/nee	Zo ja, waarover?
Heeft u specifieke wensen voor uw gezondheid?	Ja/nee	Zo ja, welke?
Heeft u andere klachten waarvan wij op de hoogte zouden moeten zijn?	Ja/nee	Zo ja, welke?

LEVENSTIJL

Hoe is uw stress niveau? 0 = geen stress 10 = enorm veel stress	Cijfer:	Wat is/zijn de oorzaken van de stress?
Hoe slaapt u? 0= heel slecht 10= geweldig	Cijfer:	Weet u wat hier de oorzaak van is?
Hoeveel uur slaapt u?	Aantal:	Is dit voldoende voor uw gevoel?
Wordt u uitgerust wakker?	Ja/nee	Zo nee, vormt dit een probleem voor u?
Sport u veel tot nu toe?	Ja/ nee	Hoeveel uren per week? Hoe intens? Wat voor sport?
Neemt u regelmatig tijd voor u zelf?	Ja/nee	Waarom lukt dit wel/niet?
Hoeveel water drinkt u per dag?	Glazen:	
Drinkt u alcohol?	Ja/nee	Zo ja, dagelijks? Aantal glazen?
Rookt u?	Ja/nee	Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?
Wat voor werk doet u?	Soort werk: Aantal uren: Geeft dit veel stress aan u?	
Zijn er specifieke onderwerpen waar u advies over zou willen?		