

Kia ra massagetherapie

Intakeformulier

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u doorgesproken worden. Uiteraard blijven deze gegevens strikt beroepsgeheim. Dank u voor uw inspanning.

Naam : Voornaam -----

Adres : Postcode -----

Woonplaats : Geboortedatum -----

Telefoon nr. : Mobiel nr. -----

Beroep :

Sport/hobby :

Medicijngebruik :

Huisarts : Telefoon nr. -----

Verzekering :

Verwezen door : -----

Of: Hoe bent u attent gemaakt op Kia ora massagetherapie:-----

Wat is uw voornaamste klacht? -----

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? -----

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? -----

Welke omstandigheden geven verbetering? (bv warmte, kou, rust, houding) -----

En welke verergering? -----

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat? -----

Zijn er spijsen en / of dranken die u niet goed liggen en heeft u voorkeur / afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter? -----

Rookt u? Hoeveel? -----

Drinkt u? Hoeveel? -----

Drinkt u koffie? Hoeveel? -----

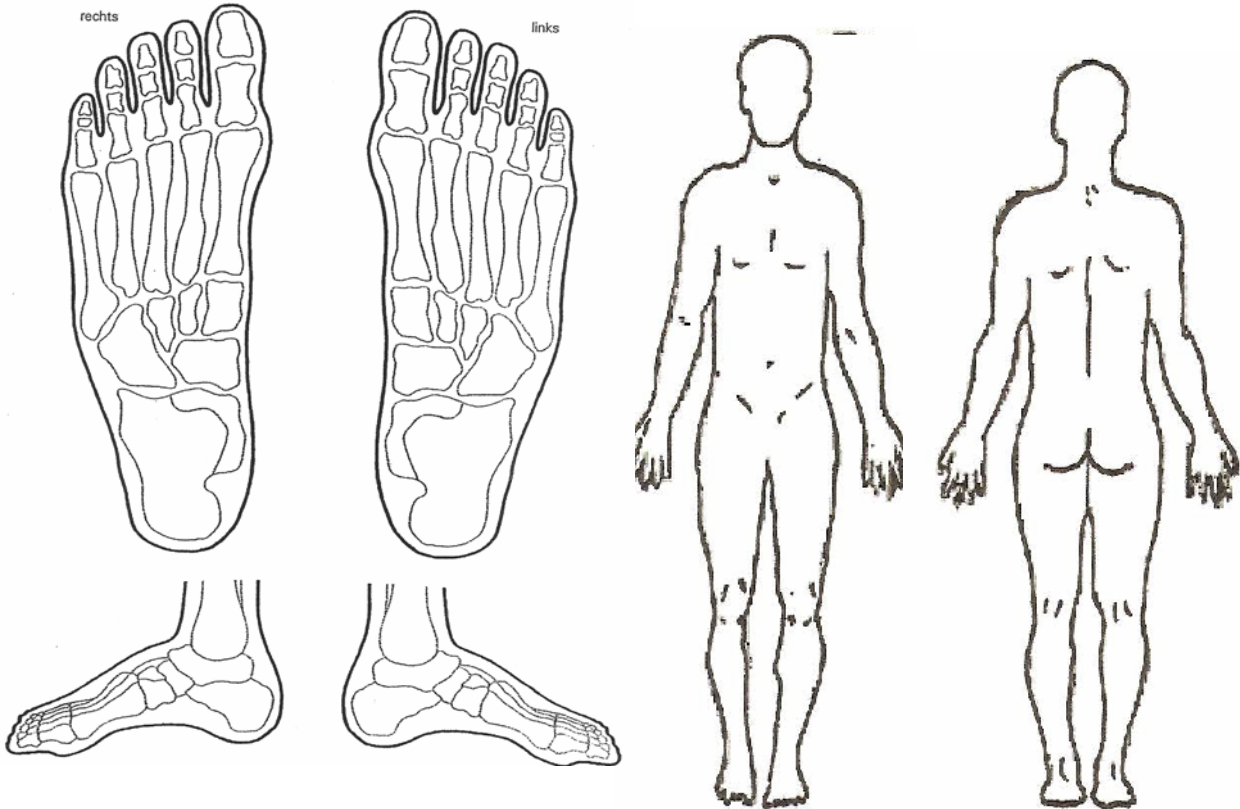
Heeft u naast uw hoofdklacht ook bijkomende klachten? -----

Familiaire ziekten: erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, suikerziekte etc.) en niet- erfelijke aandoeningen?

Moeder: -----

Vader: -----

Overige familieleden: -----



Wilt u aangeven op de tekeningen waar u uw klachten voelt?

Kunt u een beschrijving geven van de pijn (bv scherp, pijnscheuten, brandend, oppervlakkig, diepliggend, zeurend, voortdurend, anders: -----

Geef de intensiteit van de voornaamste pijn / klacht aan: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Pijn is een subjectief gegeven, maar vult u in hoe u dit voelt.)

Zijn er behandelingen, operaties of andere zorg die u voor uw voornaamste klacht heeft gezocht of bent u onder behandeling van een therapeut / medisch specialist? -----

Ziektegeschiedenis

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven:

- Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven heeft gehad. Denk daarbij ook aan eczeem, allergieën, kleine ongevallen zoals verstuiking en kleine operaties zoals amandelen knippen.
- Voor vrouwen; eventuele zwangerschappen, opvliegers, overgang etc.
- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven die eventueel van invloed kunnen zijn op uw gezondheid (denk aan echtscheiding, overspannen, burn-out, depressie).

Leeftijd	Ziekte / Klacht / Ontwikkeling
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

Wat is uw voedingspatroon (ontbijt, lunch, diner)? -----

Bent u ergens allergisch voor? -----

Hoeveel **water** drinkt u per dag? -----

Ervaat u (veel) stress in uw dagelijkse leven? -----

Hoe is uw energieniveau? Of: heeft u genoeg energie om de dingen te doen die u wilt doen?

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten op u van toepassing zijn.
De linker kolom is voor *oude* klachten, de rechter voor *recente* klachten.

Algemeen

- Steunzolen JA /NEE, sinds: -----
0 0 hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ waar -----
0 0 slapeloosheid
0 0 gewichtsverandering: toename / afname
0 0 duizelig
0 0 vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/avond
0 0 allergie
0 0 opgezette klieren

Luchtwegen

- 0 0 chronisch hoesten
0 0 chronisch verkouden
0 0 astma
0 0 keelpijn / ontstekingen
0 0 ontstekingen bijholtes
0 0 oorsuizing

Hart en bloedvaten

- 0 0 hoge-/ lage bloeddruk
0 0 aderverkalking
0 0 pijn/ beklemmend gevoel op de borst
0 0 hartkloppingen
0 0 koude handen / voeten
0 0 spataderen
0 0 vocht vasthouden

Urinewegen

- 0 0 nierinfectie / nierstenen
0 0 pijn bij het plassen
0 0 prostaatklachten
0 0 veranderende urine

Vrouw

- 0 0 zwanger JA / NEE
0 0 pijnlijke menstruatie
0 0 onregelmatige menstruatie
0 0 langdurige menstruatie
0 0 premenstrueel syndroom

Maag / darmen

- 0 0 darmontsteking
0 0 verstopping
0 0 diarree
0 0 opgezette buik
0 0 misselijkheid
0 0 winderigheid
0 0 buikpijn / krampen
0 0 maagzuur
0 0 bloed bij ontlasting
0 0 overig:-----

Spielen / gewrichten

- 0 0 gespannen / slappe spieren
0 0 lage rugpijn
0 0 nekpijn
0 0 tintelingen / uitstraling
0 0 gewrichtspijnen
0 0 spierpijnen / - krampen
0 0 bewegingsbeperkingen

Huid

- 0 0 eczeem / uitslag
0 0 snel blauwe plakken
0 0 droge huid
0 0 transpiratie
0 0 jeuk

Gesteldheid

- 0 0 zenuwachtig
0 0 depressies
0 0 concentratiezwakte
0 0 angst
0 0 veel piekeren
0 0 besluiteloos
0 0 geïrriteerd
0 0 overige: -----

Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. de behandeling -----

Ik heb bovenstaande gelezen en begrepen en naar mijn beste weten ingevuld.

Ondertekening: Naam :

Handtekening :

Datum: