



Jessie op 't Hof

PRAKTIJK VOOR OSTEOPATHIE

Wissekerkseweg 5
4458 SH 's-Heer Arendskerke
Tel: +31 [0]113 568583
E-mail: info@osteopathieophof.nl
Website: www.osteopathieophof.nl

Datum: _____

Geachte Mevrouw, Meneer,

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

Naam: _____ Voornaam: _____
Adres: _____ Postcode: _____
Woonplaats: _____ Geb. datum: _____ M/V
Geboorteplaats: _____ BSN nr: _____

Telefoon overdag: _____

Emailadres: _____

Beroep: _____ Vorige beroepen: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medicijngebruik: _____

Behandelend arts: _____ spec: _____

Adres: _____ Tel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

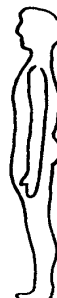
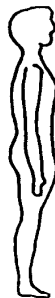
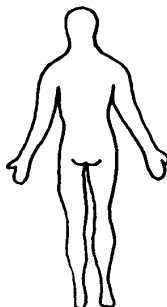
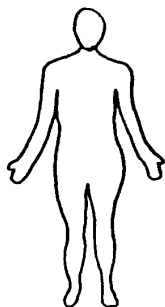
Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

0 Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts*

* Zie brief intake, aankruisen.



Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)

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

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd:

Zijn er momenten op een dag van inzinking? _____

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? _____

Hoe is de stoelgang? ___ x dagelijks / ___ x per week. Regelmatig / onregelmatig,
Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart
Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter?

voorkeur: _____ afkeur: _____

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed? _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? JA/NEE _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? _____

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU?

1. _____

2. _____

3. _____

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

Moeder: _____

Vader: _____

Overige Familieleden: _____



Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn.
De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten.
Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan.
Bij keuzemogelijkheden*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks *
Waar in het hoofd? _____
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering: toename/ afname *
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond *
- dubbel/vaag zien
- allergie: _____

LUCHTWEGEN/K.N.O.

- ademnood
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ontstekingen
- sinusitis
- oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- hoge/ lage bloeddruk *
- opgezette klieren
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn/beklemming borst
- hartkloppingen
- koude handen/voeten
- spataders
- vocht vasthouden

URINEWEGEN

- nierinfectie/nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido

VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: _____
- pijnlijke menstruatie
 - onregelmatige menstruatie
 - langdurige menstruatie
 - pijnlijke borsten
 - premenstrueel syndroom
 - witte vloed

MAAG/DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- droge mond
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/ krampen *
- borrelende buik
- maagzuur
- bloedingen
- overig: _____

SPIEREN/GEWRICHTEN

- gespannen / slappe spieren *
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/ uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/ krampen *
- bewegingsbeperking
- reuma

HUID

- eczeem / uitslag *
- snel blauwe plekken
- droge huid / transpiratie *
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval / brekend haar *

GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
- depressies
- overbezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet, droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: _____



Ziektegeschiedenis.

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. De kinderziekten die u heeft gehad.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (chtscheiding, overspannen, depressies, etc.).
5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa).

LEEFTIJD ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELING.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven? _____

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen? _____

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer: _____

Verergering van: _____