



Praktijk voor Lichaamsgerichte Energetische Therapie en Massage

Intakeformulier

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

Naam :..... Voornaam :.....

Adres :..... Postcode :.....

Woonplaats :..... Geboortedatum :.....

Telefoonnummer :..... Mobiel nummer :.....

Beroep :.....

Sport / Hobby :.....

Medicijngebruik :.....

Huisarts :..... Telefoonnummer :.....

Hoe bent u attent gemaakt op Koru Manaia, Praktijk voor Lichaamsgerichte Energetische Therapie en Massage?.....

Wat is uw voornaamste klacht?.....

Wanneer is deze klacht begonnen en weet u de oorzaak?.....

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

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

Welke omstandigheden geven verergering?.....

Wat zijn uw **verwachtingen** ten aanzien van de behandeling:.....

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

Rookt u? Hoeveel?.....

Hoeveel (en wat) drinkt u ongeveer op een dag?.....

Drinkt u alcohol? Hoeveel?.....

Drinkt u koffie? Hoeveel?.....

Heeft u naast uw **hoofdklacht** ook bijkomende klachten.....
.....
.....

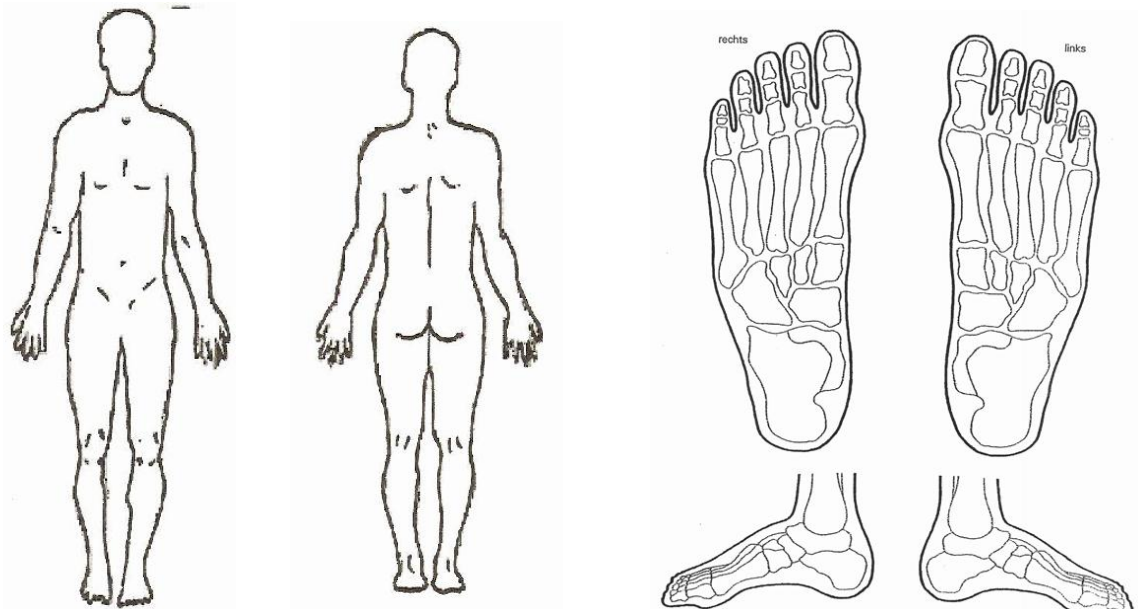
Familiaire ziekten: erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, suikerziekte etc.) en niet erfelijke aandoeningen?

Moeder:

Vader:

Overige familieleden:

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



Kunt u een beschrijving geven van de pijn (bv scherp, pijscheuten, brandend, zenuwpijn, 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 aan 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 verstuikingen en kleine operaties.
- Voor vrouwen: eventuele zwangerschappen, opvliegers, overgang etc.
- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven die eventueel van invloed kunnen zijn op uw gezondheid (denk aan echtscheidingen, depressies, burn-out)

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

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

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

.....

Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?.....

Ervaart u (veel) stress in uw dagelijks leven?

Hoe ervaart u uw energieniveau? 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 kolom voor **recente** klachten.

Algemeen

- Steunzolen JA /NEE
- 0 0 hoofdpijn: dagelijks / wekelijks / waar.....
- 0 0 slapeloosheid
- 0 0 gewichtsverandering: toename / afname
- 0 0 duizeligheidsklachten
- 0 0 vermoeidheid: continu / ochtend / middag / avond
- 0 0 allergie
- 0 0 opgezette klieren
- 0 0 koorts / verhoging
- 0 0 overig:

Luchtwegen

- 0 0 chronisch hoesten
- 0 0 astma
- 0 0 keelpijn / ontstekingen
- 0 0 ontstekingen bijholtes
- 0 0 oorsuizing
- 0 0 overig:

Hart en bloedvaten

- 0 0 hoge- lage bloeddruk
- 0 0 trombose
- 0 0 pijn / beklemmend gevoel op de borst
- 0 0 hartkloppingen
- 0 0 koude handen / voeten
- 0 0 spataderen
- 0 0 vocht vast houden
- 0 0 overig:

Urine wegen

- 0 0 nierinfectie / nierstenen
- 0 0 pijn bij het plassen
- 0 0 veranderende urine
- 0 0 prostaatklachten (mannen)
- 0 0 overig:

Vrouwen

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

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 de ontlasting
- 0 0 overige:

Spielen / gewrichten

- 0 0 gespannen / slappe spieren
- 0 0 lage rugpijn
- 0 0 nekpijn
- 0 0 tintelingen / uitstralingen
- 0 0 gewrichtspijnen
- 0 0 spierpijnen / -krampen
- 0 0 bewegingsbeperkingen
- 0 0 overige:.....

huid

- 0 0 eczeem / uitslag
- 0 0 snel blauwe plekken
- 0 0 droge huid
- 0 0 transpiratie
- 0 0 jeuk
- 0 0 overige:

Gevoelsgesteldheid

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

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

Naam:

Handtekening:

Datum: