

Intake formulier

Naam:

Adres:

Telefoon:

Mail:

Zorgverzekeraar:

Burgerlijke staat:

Naam partner:

Relatiesfeer:

Kinderen:

Lengte en gewicht:

Naam huisarts:

Werk / studie situatie:

Geloofsovertuiging:

Opleidingen:

Gezinssamenstelling ouderlijk huis:

Broers…..zussen……in de rij……..

Sfeer vroeger thuis:

Ouders nog in leven:

Relatie met moeder:

Relatie met vader:

Is je partner ervan op de hoogte dat je hier komt? (belangrijk voor je eigen proces, geheimhouding geeft spanning. Het is moedig om aan jezelf te werken, nieuwe wegen te gaan en afscheid te nemen van oude en beperkende patronen.

**Medische gegevens:**

Onder behandeling van arts of therapeut?

waarvoor?

Medicatie:

Suppletie:

Ziekenhuisopnames:

Wanneer en waarvoor?

Ziektes:

Ongelukken:

Zijn er nog dingen waarvan je vindt dat ze van belang zijn te vermelden voordat we dieper op de hulpvraag ingaan?

**Klachten**

Wat is de aanleiding voor dit consult?

Heb je enig idee waar je klacht mee te maken heeft?

Is er een diagnose gesteld?

Beschrijving van de klacht:

Lokalisatie:

Karakter van de klacht (stekend, brandend, dof, zeurend, scheuten):

Ernst van de klacht: (wat betekent de klacht voor je? In hoeverre wordt je beperkt?

Verloop van de klacht: ( hoe vaak, toe-afnemend, snel, langzaam, aanhoudend, terugkerend)

Wanneer had je deze klacht voor het eerst? Hoe waren de omstandigheden op dat moment?

Reactie van de omgeving?

Doen er zich andere bijverschijnselen voor bij deze klacht?

Zijn er factoren die de klacht uitlokken?

Zijn er factoren die de klacht verzachten?

Heb je zelf een idee over de oorzaak van de klacht?

Ben je eerder voor deze klacht onder behandeling geweest? Medicatie? Bij wie?

Wat wil je bereiken?

Wat mis je als je je doel niet bereikt?

Wat levert het je op?

Wat raak je kwijt?

Wat zijn je verwachtingen?

Wat is je sterke kant, waar ben je goed in?

Hoe zou je dat kunnen inzetten om je doel te bereiken?

Je blijft zelf verantwoordelijk voor wat er met je gebeurt, de besluiten en handelingen waar je toe komt als reactie op de therapie.

Bevestiging datum en tijd eerste consult :………………………………………….

Je kunt bij verhindering van de afspraak (ongeacht de reden) tot 36 uur van tevoren kosteloos afzeggen. Anders wordt het consult in rekening gebracht.

Voor akkoord:

Naam:………………………………………………………………………………………..

Handtekening:…………………………………………………………………………….

Datum:………………………………………………………………………………………..

**Constitutie**

Gebit (verzorging, ontbrekende tanden en kiezen, kauwproblemen, amalgaamvullingen, pijn)

Mond(aften, bloedend tandvlees, smaak, slikproblemen, tonsillen)

Slokdarm en Maag(maagzuur, pijn, vol gevoel, oprispingen, misselijkheid, pijn)

Darmen en faeces (pijn, opgezette buik, flatulentie, frequentie, consistentie, geur, kleur)

Luchtwegen (locatie ademhaling, benauwdheid, hoesten, slijm)

Nieren en blaas (pijn, nierstenen, blaasontsteking)

Urine en prostaat (kleur, geur, nadruppelen, retentie, ongewild urineverlies

Gal en lever (galstenen, pfeiffer, vetvertering)

Hart en vaten (benauwdheid, ritmestoornissen, spataderen, aambeien, aanpassing kou/warmte, pijnklachten benen/borst)

Hormoonstelsel (schildklier, stress, PMS, diabetes, overgang)

Gyneacologie (fertiliteit, aandoeningen, infecties, zwangerschappen, bevallingen)

Menstruatie (regelmatigheid, mate bloedverlies, geur, kleur, slijm, stolsels)

Neus (loopneus, verstopping, reuk)

Ogen (bril, lenzen, wazig, dubbel, droog, tranend, ontstoken)

Oren (gehoor, oorsmeer, oorontstekingen, buisjes)

Immuunstelsel (wondgenezing, vaak verkouden, griep, allergieen)

Zenuwstelsel (stressgevoelig, overspannen, burnout, beschadigingen)

Huid (droog, normaal, vet, eczeem, puistjes, jeuk, schimmelinfectie)

Transpiratie (mate, voorkeursplakken, geur)

Bewegingsapparaat (spieren, gewrichten, pezen, botten, osteoporose)

Conditie /energie : hoe zou je je conditie beschrijven? En je energie? 1-10

Leefstijl (hoe gezond leef je, roken, alcohol, beweging)

Hobby’s en interesses (en maak je er tijd voor?)

Slaappatroon (on-regelmatig, tijden van naar bed en opstaan, in en doorslapen, zelfde tijd wakker snachts, dromen, snurken, apnoe, orgaanklok)

Seksualiteit: ben je seksueel actief, ben je er tevreden over?

Hoe zou je je mentale functioneren omschrijven? En je mentale belasting? Op welke manieren kun je mentaal ontspannen? Is er een goede balans tussen deze twee?

Hoe fysiek belast ben je en hoe ervaar je dat?

**Voeding en Voedingspatroon:**

Ontbijt

Lunch

Tussendoor

Diner

Avond/ nacht

Welke voorkeuren heb je? (zoet, zout, bitter, zuur, specifieke dingen)

Wat lust je niet of eet je liever niet?

Zijn in deze voorkeuren en aversies veranderingen opgetreden in de tijd?

**Beeldvorming:**

Lichaamsbouw

Gelaat en handen

Pigmentatie (haar, huid, ogen)

Houding en beweging

Stem en taalgebruik

Ademhaling

Persoonlijke verzorging

Geur

Alertheid

**Diagnostiek:**

Voetonderzoek:

Meridiaanonderzoek

Acupunctuurpunten

Dermografie rug

Segmentale zones

**Behandelplan:**

Inschatting van het energieniveau en het zelfgenezend vermogen

Ernst van de pathologie (acuut, chronisch, fasenindeling Reckeweg)

Hulpvraag:

Behandelprincipe:

Behandeldoelen:

**Behandelplan: ( welke strategie volg je om de behandeldoelen te halen )**

Passende interventies:

Prognose:

Beschrijving Consulten

Consult d.d.

Consult d.d.

Consult d.d.

**Tussentijdse Evaluatie: welke behandeldoelen zijn al behaald, welke vooruitgang is behaald. Zijn de interventies nog passend? Zijn er behandeldoelen die bijgesteld dienen te worden? Wat gaat er beter en waarom ? Zijn de behandeldoelen nog realistisch? Zijn er nieuwe behandeldoelen ? is deze client nog op de juiste plaats in deze praktijk? Is er een doorverwijzing nodig?**

**Consult d.d.**

**Consult d.d.**

**Consult d.d.**

**Tussentijdse evaluatie ( zie hierboven beschreven)**