# Intake Formulier

## Persoonlijke gegevens

Wilt u onderstaande lijst zo volledig mogelijk invullen a.u.b.

Voornaam       m/v

Initialen

Familienaam

Adres

Postcode/Woonplaats

Telefoonnummer

Mobielnummer

E-mail

Geboortedatum

Beroep

Huisarts

Andere behandelaars

Verzekering

Verzekeringsnummer

[ ]  Algemene voorwaarden gelezen en akkoord

[ ]  Privacy voorwaarden gelezen en akkoord

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Medische gegevens

Wilt u onderstaande lijst zo volledig mogelijk invullen a.u.b.

Wat is uw hoofdklacht?

Sinds wanneer?

Is er een diagnose gesteld door een arts, en zo ja welke?

 Heeft u ook andere klachten?

Wat is uw ziektegeschiedenis?

Bent u allergisch of intolerant ergens voor?

Komen er (erfelijke of chronische) ziekten of allergieën in de familie voor?

Heeft u wel eens in het ziekenhuis gelegen, zo ja, waarvoor en wanneer?

Heeft u wel eens een operatie ondergaan, zo ja, waarvoor en wanneer?

Bent u met een keizersnee geboren?

Heeft u als baby borstvoeding gekregen?  Indien ja, hoe lang?

Bent u gevaccineerd, zo ja waarvoor en wanneer, eventuele bijzonderheden
(kinderziekten, buitenlandse reizen, griep, tbc)?

Heeft u een bepaald voedingsmiddel waar u niet zonder kan?

## Voor vrouwen

Hoe is uw menstruatie (cyclus)?

Heeft u kinderen, zo ja hoeveel?

Waren er complicaties tijdens de zwangerschap?

**Medicijnen en Supplementen van de afgelopen 10 jaar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam  | Indicatie | Voorschrijver | Gestart | Gestopt |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |