

INTAKE- en ANAMNESE FORMULIER

Persoonsgegevens

| | | |
|----|--|---|
| 1. | Achternaam | |
| 2. | Voorletters en voornaam | |
| 3. | Adres | |
| 4. | Postcode en woonplaats | |
| 5. | Telefoonnummer | |
| 6. | Geboortedatum | |
| 7. | BSN | |
| 8. | <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Ongehuwd | <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man |

| | | |
|-----|--------------------------------|--|
| 9. | Klacht(en) | |
| 10. | Sedert wanneer | |
| 11. | Reden, oorzaak (indien bekend) | |
| 12. | Heeft u last (gehad) van | <input type="checkbox"/> Overspannenheid. Indien ja, wanneer? <input type="checkbox"/> Nervositeit. Indien ja, wanneer? <input type="checkbox"/> Flauwvallen. Indien ja, wanneer? <input type="checkbox"/> Depressies. Indien ja, wanneer? <input type="checkbox"/> Hyperventilatie. Indien ja, wanneer? |

| | | |
|-----|--|--|
| 13. | Adres, telefoonnummer, geraadpleegde huisarts / specialist | |
| 14. | Naam, adres, telefoonnummer geraadpleegde hulpverlener(s) | |
| 15. | Wie heeft u verwezen? | |

Medische geschiedenis

| | | |
|-----|--|--|
| 16. | Gebruikt u medicijnen? Indien ja, waarvoor, welke en hoeveel? Sinds wanneer? | |
| 17. | Zijn er röntgenfoto gemaakt? Indien ja, wanneer, waarom? | |
| 18. | Bent u geopereerd? Indien ja, wanneer en waaraan? | |

Leefsituatie

| | |
|-----|---|
| 19. | Is er sprake van spanningen thuis, of op het werk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| 20. | Wat is uw beroep, of dagelijkse bezigheid? |
| 21. | Omschrijf uw eetgewoonten, eventueel uw dieet |
| 22. | Rookt u? Indien ja, hoeveel? |
| 23. | Gebruikt u alcohol/drugs? Indien ja, hoeveel? |
| 24. | Lengte en gewicht: |
| 25. | Hoe is de menstruatiecyclus? |
| 26. | Beoefent U een sport? Indien ja, welke en hoe vaak? |

Cliënt heeft wel / geen * bezwaar tegen melding van behandeling aan de huisarts.

*) doorhalen wat niet van toepassing is

Hierbij verklaart ondergetekende dat dit formulier naar waarheid is ingevuld.

Handtekening cliënt:

De therapeut zal geheimhouding in acht nemen ten aanzien van de verstrekte gegevens .

Indien op grond van de verstrekte gegevens en daaropvolgende nadere kennismaking tot behandeling wordt besloten, zal een en ander worden vastgelegd in een door partijen te ondertekenen behandelingsovereenkomst.