



NIEUWE PATIËNT INTAKE FORMULIER

Neem alstublieft de tijd om de onderstaande vragen te beantwoorden. De informatie die u verstrekt geeft mij de mogelijkheid een volledig gezondheidsprofiel van u aan te maken. Deze informatie blijft strict vertrouwelijk.

PATIËNT INFORMATIE

Naam: _____ Datum: _____

Adres: _____ Woonplaats: _____ Postcode: _____

Telefoon nummer(thuis): _____ Telefoon (mobiel): _____

Email: _____

Voorkeur van contact: _____ via telefoon _____ via email

Geboorte datum: _____ Leeftijd: _____ Lengte: _____ Gewicht: _____

Relatie status: _____ Beroep: _____

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Contact persoon bij noodgevallen: _____ Telefoon: _____

Hoe bent u bij mij terecht gekomen? _____

Is dit uw eerste acupunctuur behandeling? _____

So ja, wanneer? _____ Door wie bent u behandeld? _____

En voor welke reden of klacht? _____

GEZONDHEID INFORMATIE

Belangrijkste klacht: _____

Andere klachten : _____

Hoe lang heeft u deze klacht(en)? _____

Waardoor worden u klachten verlicht? _____

Wat verergert uw klachten? _____

Heeft u al een medische diagnose gekregen? _____ Ja _____ Nee

Zo ja, welke: _____

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Heeft u nu of in het VORIG een of meerdere van onderstaande aandoeningen gehad? Zo ja, graag afvinken.

- | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verslaving | <input type="checkbox"/> Emfyseem | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Aids | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ziekte van Pfeiffer |
| <input type="checkbox"/> Alcoholisme | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerose |
| <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Galstenen | <input type="checkbox"/> Nierontsteking |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerose | <input type="checkbox"/> Glaucoom | <input type="checkbox"/> Zenuwpijn |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Kropgezwel | <input type="checkbox"/> Verlamming |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Jicht | <input type="checkbox"/> Prostaat problemen |
| <input type="checkbox"/> Slijmbeursontsteking | <input type="checkbox"/> Hart ziekte | <input type="checkbox"/> Reumatiek |
| <input type="checkbox"/> Borstknobbels | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Geslachtsziekte |
| <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Beroerte |
| <input type="checkbox"/> Schimmel infectie | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Hersenbloeding |
| <input type="checkbox"/> Chronische vermoeidheid | <input type="checkbox"/> Hoge cholesterol | <input type="checkbox"/> Amandel ontsteking |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes problemen | <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Maagzweer |
| <input type="checkbox"/> Spijsvertering pb | <input type="checkbox"/> Nierstenen | <input type="checkbox"/> Urine problemen |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Kinkhoest |
| <input type="checkbox"/> Emotioneel uit balans | | |

Andere niet genoemde conditie: _____

Operaties, ziekenhuis opnames, en trauma's (bijvoorbeeld een auto ongeluk, overlijden van een dierbare etc.) :

Datum	Gebeurtenis

Medicijnen die u de laatste 3 maanden heeft ingenomen, ook de niet voorgeschreven medicijnen:

Medicijn	Dosering	Reden	Hoe lang

Vernoem graag vitaminen, supplementen of kruiden die u op dit moment inneemt(ook dosering):

Heeft u allergieën of allergische reacties vooral met betrekking tot eten of medicijnen? Zo ja, welke?

MEDISCHE GESCHIEDENIS MBT FAMILIE

Heeft u een van onderstaande condities in uw familie? Graag aanvinken wat op u van betrekking is.

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Obesitas |
| <input type="checkbox"/> Verslaving | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Allergieën | <input type="checkbox"/> Nierziekte |
| <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Beroerte |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Aderverkalking |
| <input type="checkbox"/> Hartziekte | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Psychische problemen | <input type="checkbox"/> Leverziekte |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Hersenbloeding |

Andere niet genoemde conditie: _____

PERSOONLIJKE & SOCIALE GEGEVENS

Hoe veel uur slaapt u gemiddeld per nacht? _____ Hoe laat gaat u meestal naar bed? _____

Word u uitgeslapen wakker? _____

Sport/ en of beweegt u regelmatig? _____

Wat voor soort sport/ beweging doet u en hoe vaak : _____

Wat zijn uw hobby's/ dingen waar u van houdt om te doen in uw vrije tijd?

Energie niveau:

____ wisselend (veel en weinig) ____ normal ____ laag na eten
 ____ laag ____ heel veel

Mentaal/Emotioneel:

____ blij/tevreden ____ gespannen
 ____ snel geïrriteerd ____ haastig om van alles te doen
 ____ kan moeilijk beslissen ____ depressief, angstig
 ____ boos ____ onrustig
 ____ snel huilen

Geef gaarne aan welke van de onderstaande u gebruikt (ja/nee) en hoeveel:

Sigaretten: ____ Hoeveel per dag? ____ Sinds wanneer ben u begonnen :

Alcohol: ____ Soort en hoeveel per week? _____

Drugs: ____ Soort en hoeveel per week? _____
 Sinds wanneer ben u begonnen? _____

Koffie: ____ Hoeveel _____

Frisdrank: ____ Hoeveel _____

Water: ____ Hoeveel _____

Geef alstublieft aan hoe uw gemiddelde eetpatroon is:

Ochtend: _____

Middag: _____

Avond: _____

Heeft u specifieke trek in bepaalde dingen of smaken : _____

Hoe voelt u zich over de volgende zaken in uw leven?

	HEEL GOED	GOED	REDELIJK	NIET ZO GOED	SLECHT	Opmerkingen
Partner						
Familie						
Eten						
Sex						
Jezelf						
Werk						
Spiritualiteit						

SYMPTOMEN LIJSTJE

Vink alstublieft het vakje aan als een (of meerdere) van de symptomen betrekking hebben op u, zowel nu als in het VORIG.

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Kortademigheid			Slechte eetlust			Allergieën		
Slechte concentratie			Overtollige eetlust			Koorts		
Vertigo/ duizeligheid			Erge dorst			Rilligen		
Bloed snel/blauwe plekken			Vermoeidheid			Heavy body		
Warme/koude intolerantie			Slecht slapen			Gewichtsverlies		
Nervositeit			Nacht zweten			Weight gain		
Plotselinge daling van energie			Zweet gemakkelijk			Tremoren		
Gelocaliseerde zwakte			Opgezwollen klieren			Stemmingswissel ingen		
Frequente Infecties			Koude handen/ voeten			Specifieke eetlust		

Andere niet genoemde conditie: _____

PSYCHOLOGISCHE

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Verlies controle			Prikkelbaarheid			Depressie		
Angst			Slecht humeur			Paniek aanvallen		
Zelfmoord gedachten			Zelfmoordpoging			Snel gespannen		
Zien van therapeut			Extreme angst			Extreem verdriet		

Andere niet genoemde conditie: _____

HUID EN HAAR

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Huiduitslag			Droge huid			Jeuk		
Eczeem			Acne			Psoriasis		
Netelroos			Moedervlekken			Roos		
Gezwellen/knobbels			Zweren			Trage wond heling		

Andere niet genoemde conditie: _____

KEEL, NEUS, OOR, OGEN EN HOOFD

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Duizeligheid			Kleuren blind			Corrigerende lenzen		
Hoofdpijn			Visie verandering			Slecht horend		
Migraine			Cataract			Oorpijn		
Hersenschudding			Glaucoma			Sinus problemen		
Aangezichtspijn			Vlekken zien			Loopneus		
Keelpijn			Nachtblindheid			Niezen		
Zweren op lippen/tongue			Wazig zicht			Verstopping		
Tandenknarsen			Oogpijn			Reuk verlies		
Kaak klikken			Droge ogen			Neusbloedingen		
Tandvleesproblemen			Rode ogen			Reuk afwijking		
Overmatig speeksel			Jeukende ogen			Smaak afwijking		

Andere conditie: _____

HART- EN BLOEDVATEN

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Hoge bloeddruk			Opgezwollen handen			Flauwvallen		
Lage bloeddruk			Opgezwollen enkels			Bloedprop		
Onregelmatige hartslag			Koude handen/voeten			Hartkloppingen		
Hoge Cholesterol			Hartruis			Pijn/druk op de borst		
Slechte bloedcirculatie			Hartklep problemen			Hartaanval		
Spataderen			Beroerte			Bloedstollingsstoornis		

Andere conditie: _____

LUCHTWEGEN

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Kortademigheid			Oppervlakkige ademhaling			Slaapapneu		
Pijn bij diep inademen			Bronchitis			Astma		
Druk op de borst			Emfyseem			Piepende ademhaling		
Ademhalingsproblemen			Vaak verkouden/griep			Longontsteking		
Overmatig slijm			Ophoesten bloed			Hoesten		

Andere conditie: _____

MAAG EN DARMEN

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Branderig gevoel anus			Obstipatie			Aambeien		
Laxeermiddel gebruik			Diarree			Winden/opgeblazen gevoel		
Pijnlijke stoelgang			Bloed in ontlasting			Spijverteringsproblemen		
Onregelmatige stoelgang			Onverteerde ontlasting			Boeren		
Licht gekleurde ontlasting			Zwarte ontlasting			Misselijkheid		
Sterk ruikende ontlasting			Rectale pijn			Overgeven		
Buikpijn			Slechte adem			Overmatige hik		
Maag/middenrif breuk			Gebrek aan eetlust			Maagzuur		

Andere conditie: _____

UROGENITAAL

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Pijn bij urineren			Nierenstenen			Herpes		
Urgentie bij urineren			Verhoogd Libido			Bedplassen		
Incontinentie			Verminderd Libido			SOA's		
Verminderd urineren			Infectie urinewegen			Jeuk aan genitaliën		
Onvolledig urineren			Genitale wratten			Bloed in urine		
'S nachts plassen			Sterk ruikende urine			Troebele urine		

Andere conditie: _____

MANNELIJKE VOORTPLANTINGSSYSTEEM

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Prostate problemen			Afscheiding penis			Impotentie		
Sexuele disfunctie			Knobbel in teelbal			Pijn in teelbal		

Andere conditie: _____

Heeft u een prostaat onderzoek gehad? ____JA____NEE, zo ja, wanneer?_____
Resultaten? _____

GYNAECOLOGIE VROUWELIJK

Als u al in de menopauze bent, graag even omschrijven hoe uw menstruatie was in het verleden _____

Is er een mogelijkheid dat u zwanger bent? ____JA____NEE

Laatste datum van uitstrijkje? _____

Leeftijd van eerste menstruatie: _____

Aantal dagen tussen uw menstruaties in: _____

Aantal dagen van de menstruatie zelf: _____

Menstruation:

Flow:

_____ Zwaar

_____ Licht

_____ Bloedstolsels

_____ Pijnlijk

_____ Spotting tussen menstruaties in

Kleur van de menstruatie: _____ Begin datum van laatste menstruatie: _____

PMS Symptomen: _____

Menopauze: uw leeftijd toen de menopauze begon: _____

Symptomen van de Menopauze _____

Zwangerschap: # of zwangerschaps: _____ # geboortes: _____ # of miskramen: _____

of abortussen: _____ # of te vroeg geboren baby's _____

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Menstruatie pijn			Onregelmatige menstruatie			Mastitis		
Vaginale afscheiding			Bloedingen			Vleesbomen		
Infertiliteit			Borst knobbels			PCOS		
Schimmel infectie			Vaginale ontsteking			Endometriose		
Eierstok cyste			PMS			Infectie van geslachtsorganen		

Andere conditie: _____

MUSCULOSKELETAAL/NEUROLOGISCH

CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU	CONDITIE	VOOR HEN	NU
Nekpijn			Kniepijn			Hernia		
Schouderpijn			Spier zwakte			Beroerte		
Hand/pols pijn			Spierpijn			Tremoren		
Rugpijn			verzwikking/ verstuiking			Gevoelloosheid		
Heuppijn			gewicht- aandoeningen			Tintelingen		
Ischias			Scoliose			Verlamming		

Andere conditie: _____

Zijn er andere dingen die hierboven niet genoemd zijn die u graag wil bespreken:

De ingevulde informatie is voor zover ik weet correct en nauwkeurig.

Handtekening: _____

Datum: _____

Bewaar dit document en stuur het een aantal dagen voor de eerste afspraak naar mij op via email (info@IAM-Acupuncture.com). Op deze manier krijg ik alvast een beeld van de medische geschiedenis en algemene gezondheid voordat we elkaar ontmoeten.

Bij voorbaat dank, Ik kijk uit naar onze samenwerking in de nabije toekomst.