***Intake formulier tuina volwassenen***

**Persoonlijke gegevens**

Naam: Voornaam:

Adres:

Geboortedatum: GSM:

**Medische gegevens**

Huisarts: GSM:

Bent u onder behandeling van een specialist?

Door wie bent u geïnformeerd/doorgestuurd?

Gebruikt u op dit moment medicatie? Merk: Gebruik: X/dag hoeveelheid:

Gebruikt u middelen die u zijn voorgeschreven door anderen of op eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedings-) supplementen, paracetamol, neusspray, slaapmiddelen? Gelieve deze 24u voor het consult niet meer in te nemen.

Middel: Merk: Gebruik: X/dag hoeveelheid:

Graag de medicatie en supplementen bij het consult meebrengen aub.

**Leefsituatie**

Burgerlijke staat:

Beroep:

Vorige werkzaamheden:

Sport/hobby/vrije tijd/

Aanvullingen:

**Klachten**

Wat is uw voornaamste klacht?

Welke bijkomende klachten heeft u?

Wanneer is/zijn deze ontstaan?

Is/was er een aanleiding?

Hoe uiten deze zich?

Welk cijfer zou u uw gezondheid geven nu (1=slechtst, 10=best)?

Zijn er omstandigheden die verbetering geven?

Zijn er omstandigheden die verergering geven?

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken?

Is/zijn uw klachten periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen?

Heeft u pijn? Ja Nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn? Stekend kloppend brandend dof zeurend

Snijdend schietend

Aanvulling:

**Persoonlijke kenmerken**:

Lengte Gewicht

Hoe voelt u zich in het algemeen?

Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking?

Kunt u makkelijk inslapen ja nee Wordt u ’s nachts wakker? Hoe laat?

Frequentie van de stoelgang: dagelijks X/dag, Wekelijks X/week Regelmatig onregelmatig

Consistentie van de stoelgang: vast brijig zacht waterig

Kleur van de stoelgang: wit lichtbruin donkerbruin geelbruin groen zwart

Transpireert u? Veel weinig niet sterk ruikend

Graag aankruisen waarin u uzelf in herkent:

Angstig boos perfectionistisch piekeren

Hyperactief verdrietig gejaagd cijfer mezelf snel weg

Depressief snel schuldgevoel stressgevoelig veel zelfvertrouwen

Opkroppen blij bezorgd weinig zelfvertrouwen

Aanvulling:

**Historie en familie**

Welke ziekten/operaties/ongevallen/behandelingen/emotionele gebeurtenissen heeft u in uw leven doorgemaakt?

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in ?

Welke kinderziekten heeft u doorgemaakt?

Heeft u antibiotica gebruikt? 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft u buiten Europa gereisd? Zo ja, waar?

Heeft u vaccinaties gehad ivm reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Bent u in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut? Bijvoorbeeld internist, cardioloog, osteopaat, acupuncturist, homeopaat?

Welke ziekten/aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen in uw familie voor?

Moeder Vader

Andere

Aanvulling

**Voedingsgewoonten**

Eet u: vegetarisch veganistisch anders

Heeft u een voorkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft u een afkeer van zoet zout zuur pikant bitter

Welke voedingsmiddelen/dranken liggen u niet goed?

Heeft u grote behoefte aan zoetigheid? Ja nee wat neemt u dan?

Drinkt u koffie? Ja nee hoeveel?

Drinkt u alcohol? Ja nee wat en hoeveel?

Rookt u? ja nee hoeveel? Hebt u gerookt? Ja nee

Gebruikt u drugs? Ja nee hoeveel? Heeft u drugs gebruikt? Ja nee

Aanvulling

**Allergie/overgevoeligheden**

Heeft u wel eens een koortslip? Ja nee

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling

**Algemeen vroeger nu Spijsvertering vroeger nu**

Migraine Buikkramp

Duizeligheid Misselijkheid

Slechte concentratie Winderigheid

Slapeloosheid Borrelende buik

Slecht geheugen Obstipatie

Gewichtsverandering toename afname Diarree

Vermoeidheid Bloed bij de ontlasting

Continu Ochtend middag avond Slijm bij de ontlasting

Zichtvermogen Droge mond

Vaag zien dubbel zien staar Slechte adem

Hoofdpijn Opgeblazen gevoel

Dagelijks wekelijks maandelijks Brandend maagzuur:

Waar in het hoofd heeft u pijn? Altijd na de maaltijd ‘s nachts

Aanvulling Anus

Jeuk kramp aambei

Aanvulling

**Circulatie Vroeger nu Luchtwegen/KNO vroeger nu**

Bloeddruk hoog Oorsuizen

Bloeddruk laag Oorpijn/ontsteking

Beklemmend gevoel op de borst Ontstoken holtes (sinusitis)

Onregelmatige hartslag Ademhaling:

Snel blauwe plekken benauwd kortademig hyperventilatie

Spataderen Astma

Hartkloppingen chronisch verkouden

Restless legs Aanvulling

Opgezette klieren **Urinewegen**

Vocht vasthouden Nierinfectie

Koude handen en voeten Nierstenen

Bloedarmoede (anemie) Incontinentie

Aanvulling pijn bij het plassen

**Spieren en gewrichten** Blaasontsteking

nekpijn Aanvulling:

Reumatische klachten **Man**

Gewrichtspijn Verandering libido

Stijf bij opstaan erectiestoornis

Spieren: prostaatvergroting

Slap gespannen pijnlijk krampen Aanvulling:

Rugpijn: **Vrouw**

Hoog midden laag Bent u momenteel zwanger?

Aanvulling: zwangerschappen doorgemaakt?

**Huid/haar/nagels** onvoldragen zwangerschappen?

Snel brekende nagels Gebruikt u anticonceptie?

Haar Welke?

Snel brekend uitval Leeftijd van uw eerste menstruatie jaar

Huid verandering libido

Vet droog uitslag eczeem vaginale klachten

Jeuk slechte wondgenezing acne afscheiding infecties jeuk SOA

Littekens: ongeval operatie menstruatieklachten

Waar heeft u littekens? PMS pijnlijk hevig langdurig onregelmatig

Aanvulling: Aanvulling: