

Intakeformulier

Naam		Geslacht	
Adres		Geboortedatum	
Postcode		Lengte / Gewicht	
Woonplaats		Beroep	
Telefoon		E-mailadres	

VRAGEN ZORGVULDIG, VOLLEDIG EN NAAR WAARHEID INVULLEN

1 Omschrijf uw klachten

Hoe zijn deze klachten ontstaan

Hoelang heeft u deze klachten

Wanneer heeft u vooral last van de pijn of klachten

2 Omschrijf nauwkeurig de plaats van de klachten. (bijv. bij hoofdpijn; waar op het hoofd ?)

Beschrijf uw (pijn)klachten geef aan wat u precies voelt

Heeft koude of warmte invloed op de pijnklacht ja/nee zo ja welke

Heeft u koorts ja/nee
Is er sprake van bewegingsuitval of een uitstralende pijn naar andere delen van het lichaam ja/nee
Zo ja welke

Is er sprake van roodheid en of jeuk of uitslag ja/nee Zo ja, beschrijf deze

Heeft u gezwellen of bulten ja/nee

3 Neemt de pijn toe bij druk op de plek of juist af toe/af
Is de pijn scherp of dof scherp/dof
Straalt de pijn uit naar andere delen van het lichaam ja/nee Zo ja, welke delen

4 Is uw huisarts geraadpleegd Ja/nee zo ja, wat heeft hij geconstateerd

Welke medicijnen gebruikt u Zo ja, Hoelang gebruikt u deze medicijnen

5 Is uw bloed onderzocht Ja/nee Zo ja, Wat was hiervan het resultaat

Hoe is uw bloeddruk

- | | | | |
|----|--|--------|----------------------|
| | Heeft u gauw blauwe plekken. | Ja/nee | |
| | Heeft u last van bloedingen | ja/nee | zo ja, waar |
| | Stopt de bloeding normaal | ja/nee | |
| | Heeft u last van flauwvallen, moeheid zonder reden en een blekere huid dan anders | | ja/nee |
| | Bent u vaak misselijk of moet u vaak overgeven | ja/nee | |
| 6 | Heeft de temperatuur van het weer invloed op uw hoofdklacht | ja/nee | Zo ja, welke invloed |
| 7 | Transpireert u weinig, snel, spontaan, bij geringe inspanning, overdag of vooral s' nachts | | |
| | Heeft u last van vermoeidheid ? ja/nee | | |
| | Zo ja staat u in de morgen al moe op of wordt u moe in de loop van de dag | | |
| 8 | Heeft u vaak koude handen en voeten | ja/nee | |
| | Heeft u een voorkeur voor koude of warmte | | koude/warmte |
| | Heeft u een afkeer van koude, warmte, licht, wind of tocht | ja/nee | |
| | heeft u last van opvliegers | ja/nee | |
| 9 | Beschrijf uw eetpatroon | | |
| | Eet u veel, weinig, veel snoepen of hartige hapje | | |
| | Veel honger of juist weinig eetlust | | veel/weinig |
| | Heeft u Gewichtsverlies bij een normaal eetpatroon | ja/nee | |
| | Bent u moe, opgejaagd gevoel | ja/nee | |
| | heeft u uitpuilende ogen | ja/nee | |
| 10 | Bent u vaak kortademig | ja/nee | |
| | Heeft u vaak last van hoesten | ja/nee | |
| | zo ja, met of zonder slijm | | met/zonder |
| | met slijm, beschrijf de kenmerken van uw slijm | | |
| | Heeft u koorts | ja/nee | |
| | Bent u allergisch of heeft u hooikoorts | ja/nee | |
| | Heeft u last van hyperventilatie | ja/nee | |
| | Heeft u veel contact(gehad) met chemische stoffen | ja/nee | |
| | Rookt u | ja/nee | |
| | Wordt u in de nacht wakker door ademgebrek | ja/nee | |
| | Heeft u last van hartkloppingen | ja/nee | |
| 11 | Heeft u gauw een droge mond, brok in de keel, snel of weinig dorst | | |
| 12 | Heeft u een voorkeur voor koude of warme dranken | | koude/warme |
| 13 | Beschrijf de toestand van uw haar, huid en nagels. | | |

- 14 Hoe is uw stoelgang
- Hoe vaak per dag
- Heeft u vaker opstopping of diarree ja/nee
 Is uw ontlasting wisselend hard en zacht Ja/nee
 Hoe is de kleur van uw ontlasting en urine
- Doet urineren pijn ja/nee
 Is er bloed bij de ontlasting of urine ja/nee
 moet u vaak of juist weinig urineren vaak/weinig
 Heeft u een opgezette buik ja/nee
 Zo ja wordt de pijn minder na het laten van een wind of van ontlasting ja/nee
 Zijn uw enkels gezwollen ja/nee
- 15 Zijn er klachten aan ogen(bril) ja/nee zo ja, welke
- Zijn er klachten aan ja/nee zo ja, welke
- Zijn er klachten aan oren ja/nee zo ja, welke
- Zijn er klachten aan neus ja/nee zo ja, welke
- Zijn er klachten aan de mond ja/nee zo ja, welke
- 16 Hoe is uw nachtrust
- Slaapt u goed of slecht in goed/slecht
 Kunt u doorslapen of wordt u te vroeg wakker ja/nee
 Eet of drinkt u veel in de avond ja/nee.
- 17 Beschrijf het verloop en eventuele klachten voor en na de menstruatie
- Hoelang vloeit u
- Veel of weinig veel/weinig
 Gebruikt u de pil of spiraaltje ja/nee
 heeft u last van abnormale vaginale afscheidingen ja/nee zo ja, wat zijn de
 kenmerken van de afscheiding(kleur, dik of dun etc.).
- Heeft u koorts ja/nee
 Bent u zwanger ja/nee
- 18 Zijn er erfelijke of vaak voorkomende ziekten in de familie Ja/nee zo ja, Welke ?
- 19 Heeft u kinderen ja/nee
 Beschrijf in het kort hoe de bevallingen zijn verlopen. (vrouw)

20 Medische geschiedenis (ziekenhuisopnames, operaties e.d.)

21 Omschrijf uw persoon en karakter

Hoe voelt u zich momenteel (emotioneel)

Bent u depressief
depressiviteit ontstaan

ja/nee zo ja, hoe is de

Heeft u thuis of op het werk stress
Gebruikt u drugs of alcohol
Heeft u last van angsten

ja/nee
ja/nee
ja/nee zo ja, waarvoor ?

22 eventuele aanvullingen of opmerkingen.

**N.B. Alle door u verstrekte gegevens worden discreet behandeld en niet aan derden verstrekt.
Aan de hand van door u verstrekte gegevens geven wij u een diagnose en eventuele kruidenformule
volgens de T.C.G. Deze diagnose is niet volgens de reguliere geneeskunde.
Wij kunnen u in bepaalde spoedeisende gevallen verwijzen naar uw huisarts !**

**Onderzoek-,advies-, en administratiekosten zijn minimaal gehouden op slechts 10 euro . U kunt dit
eenmalige bedrag bij het intakeformulier contant insluiten of maak het bedrag over op giro
4088172 o.v.v. onderzoekskosten. Vermeld uw naam en adres en heel belangrijk uw e.mailadres.
Intakeformulier volledig ingevuld zenden aan:**

**Praktijk voor Traditionele
Chinese Geneeswijze
Steur 3
5345 DD Oss
www.oosterse-geneeswijze.nl
info@oosterse-geneeswijze.nl**