

Praktijk voor Massagetherapie Josephine van der Woude
06-20489163

Beroepsvereniging NVST HBO A-Therapeut lidnr. 23 28

RBCZ licentie 107551R

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u doorgesproken worden. Uiteraard blijven deze gegevens strikt beroepsgeheim.
Dank voor uw inspanning!

Naam : _____

Voornaam : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

E-Mail : _____

Geboortedatum : _____ M/V

Bsn nr. : _____

Zorgverzekeraar : _____

Telefoonnummer : _____ B.G.G: _____

Beroep : _____

Sport, Hobby : _____

Medicijngebruik : _____

Huisarts : _____ Tel.nr.: _____

Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?

Welke omstandigheden geven verbetering? (bv warmte, kou, rust, beweging, eten, houding, fysieke of psychische belasting, ontspanning)

En welke omstandigheden geven verergering?

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat?

Rookt u?
Hoeveel?

Drinkt u?
Hoeveel?

Drinkt u koffie?
Hoeveel?

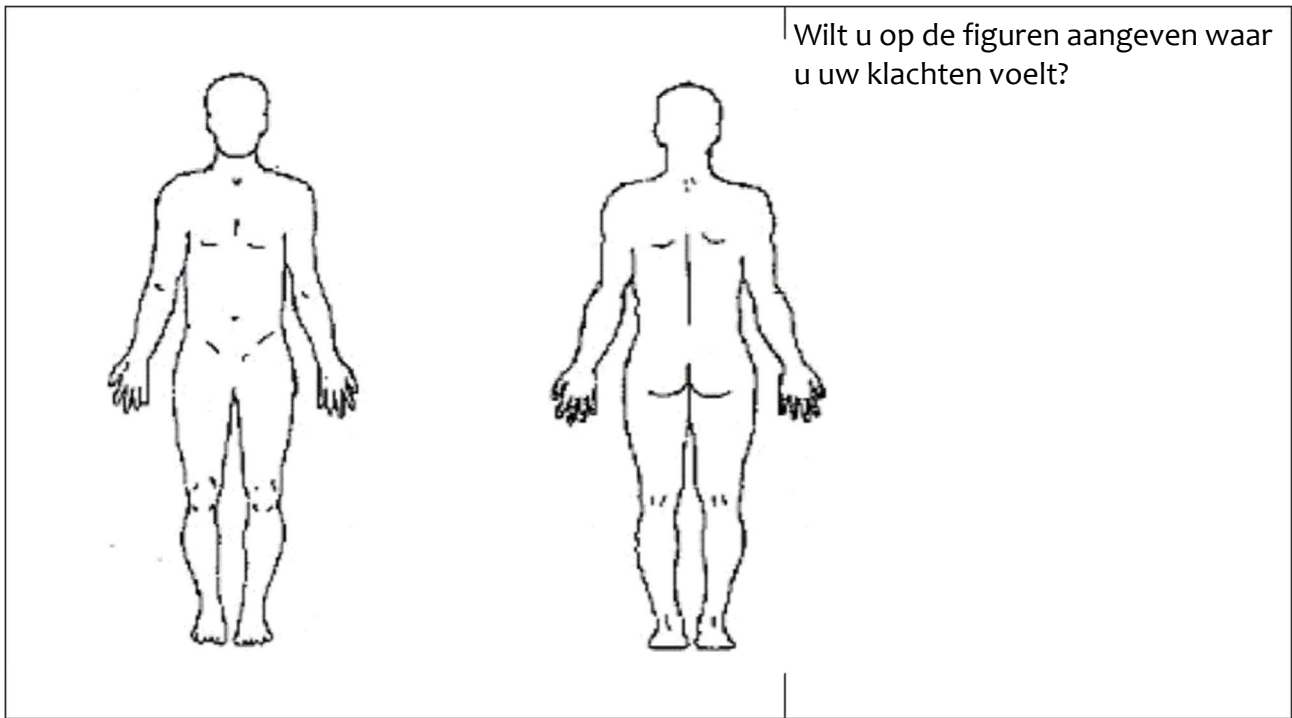
Heeft u naast uw hoofdklacht ook bijkomende klachten?

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, suikerziekte) en niet-erfelijke aandoeningen.

Moeder:

Vader:

Overige familieleden:



Geef tevens littekens in rood aan

Ziektegeschiedenis

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven:

- Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven heeft gehad. Denk hierbij ook aan kinderziektes, eczeem, allergieën, kleine ongevallen zoals verstuikingen en kleine operaties zoals amandelen knippen.
- Eventuele zwangerschappen en het verloop hiervan
- Belangrijke ontwikkelingen in uw leven die eventueel van invloed kunnen zijn op uw gezondheid (denk aan echtscheiding, overspannen, depressies).
- Bezoeken aan landen buiten Europa

Leeftijd :

Ziekte / Klacht / Zwangerschap / Ontwikkeling

Welke ziekte was het zwaarst in uw leven?

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten op u van toepassing zijn. De linker kolom is voor oude klachten, de rechter voor recente klachten.

ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks waar in het hoofd?
- slapeloosheid
- gewichtsverandering: toename/afname
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu/ochtend/middag/avond
- allergie
- opgezette klieren

LUCHTWEGEN

- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ontstekingen
- ontstekingen bijholtes
- oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- hoge/lage bloeddruk
- aderverkalking
- pijn/beklemmend gevoel op de borst
- hartkloppingen
- koude handen/voeten
- spataders
- vocht vasthouden

URINEWEGEN

- nierinfectie/nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- verandering urine

VROUW

Zwanger Ja/Nee

Leeftijd eerste menstruatie: pijnlijke
menstruatie

- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- premenstrueel syndroom
- overgangklachten

MAAG/DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/krampen
- maagzuur
- bloed bij ontlasting
- overig:

SPIEREN / GEWRICHTEN

- gespannen/ slappe spieren
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/krampen
- bewegingsbeperkingen

HUID

- eczeem/uitslag
- snel blauwe plekken
- droge huid/transpiratie
- jeuk

GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
- depressies
- concentratiezwakte
- angst
- veel piekeren
- besluiteloos
- geïrriteerd
- opvliegers
- overig:

Hartelijk dank voor het invullen van dit formulier.

Wilt u dit formulier meenemen naar uw eerste consult?