

## Praktijk voor Kinesiologie *Eline*

Gendringseweg 31, 7122 LT Aalten

Tel: 06-10568144

E: [info@elinevaags.nl](mailto:info@elinevaags.nl) [www.elinevaags.nl](http://www.elinevaags.nl)

KvK 74214578



### Intake formulier (versie maart 2021)

#### Persoonlijke gegevens

Naam :  
Adres :  
Postcode Woonplaats :  
Telefoon/mobiel :  
Email :  
Geboortedatum :  
Huisarts - Plaats :  
Partner / alleen :  
Kinderen ja/ nee, leeftijden :  
Werk/School/Pensioen :  
  
Hobby's/bezigheden :  
Beweging/sport :

#### Doel bezoek:

Wat is de reden van het bezoek?

#### Klachten:

Welke klachten zijn er?

Sinds wanneer zijn er klachten?

Wanneer is de klacht minder/erger?

Wanneer pijn? In rust, beweging, bepaalde houding?

Is er voorafgaande aan de klachten iets gebeurd? Iets traumatisch of vervelends?

Bent u het afgelopen jaar door een huisarts of specialist behandeld voor de klacht?  
Zo ja wat waren zijn/haar bevindingen?

Waarin wordt u belemmerd door de klacht?

Wat zijn de nadelen van de klacht?

Wat zijn de voordelen van de klacht?

Wat is de verwachting van de balans of van kinesiologie?

---

Door middel van het invullen van dit intakeformulier stemt u in met de verwerking van uw gegevens. De door u verstrekte persoonlijke gegevens worden uitsluitend gebruikt om u de juiste behandeling te kunnen geven. Uw persoonsgegevens zullen in geen geval worden doorgegeven aan derden.

## Praktijk voor Kinesiologie *Eline*

Gendringseweg 31, 7122 LT Aalten

Tel: 06-10568144

E: [info@elinevaags.nl](mailto:info@elinevaags.nl) [www.elinevaags.nl](http://www.elinevaags.nl)

KvK 74214578



Zijn er andere klachten? Psychisch en/of fysiek? Zo ja, graag specificeren

Gebruikt u momenteel medicijnen of voedingssupplementen of remedies?

Zo ja, nl:

Door wie zijn deze voorgeschreven?

Hebt u ooit bijwerkingen / complicaties van medicijnen gehad? Zo ja, nl:

Hebt u ooit operaties ondergaan? Nee / ja, nl:

Hebt u allergieën? Nee / ja, nl:

Hoe is uw bloeddruk? Normaal / Laag / Hoog / Weet ik niet

Hebt u last gehad van:

Maag / Milt / Hart / Blaas / Nieren / Schildklier / Galblaas / Lever / Longen / Dunne darm / Dikke darm?

Graag korte uitleg:

Hebt u vaccinaties gehad? Nee / ja nl

Heeft u een regelmatige / onregelmatige stoelgang?

Regelmatigheid: minimaal 1x per dag – anders nl:

Specifieke eetgewoonten? Zoet of hartig / Suikergebruik?

Hoeveel glazen drinkt u per dag?

Water / Melk / Koffie of thee / anders?

Rookt u? Nee / ja, nl:

### Hoe is uw slaapritme?

Hoe gaat inslapen?

Doorslapen?

Indien 's nachts wakker, hoe laat dan wakker?

Dromen (vaak terugkerende dromen, fijne dromen, nachtmerries)

### Hoe is uw menstruatie? Regelmatig/onregelmatig?

### Zwangerschap (indien van toepassing)

Bijzonderheden rond de zwangerschap/ bevalling van u zelf vroeger?

Bijzonderheden rond zwangerschap/ bevalling van kind(eren)?

*Ik bevestig hiermee dat alle vragen naar waarheid zijn beantwoord en dat ik geen informatie heb achtergehouden die relevant kunnen zijn voor de behandeling.*

Datum 1<sup>e</sup> consult.....Handtekening.....

Datum vervolg consult .....Handtekening.....

---

Door middel van het invullen van dit intakeformulier stemt u in met de verwerking van uw gegevens. De door u verstrekte persoonlijke gegevens worden uitsluitend gebruikt om u de juiste behandeling te kunnen geven. Uw persoonsgegevens zullen in geen geval worden doorgegeven aan derden.