

Praktijk voor Kinesiologie *Eline*

Gendringseweg 31, 7122 LT Aalten

Tel: 06-10568144

E: info@elinevaags.nl 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 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:

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^e consult.....Handtekening.....

Datum vervolg consultHandtekening.....

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.