

## INTAKE FORMULIER

Naam:

Datum:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoon privé:

mobiel:

Geboortedatum:

Leefsituatie: gehuwd/samenwonend/alleenstaand

Activiteiten/hobby's/etc.:

Dienstverband: Ja/nee, anders:

Lichaamslengte:

E-mail adres:

Huisarts:

verzekerd bij:

Welk cijfer geeft u op dit moment aan uw gezondheid (1-10):

*(1=slechter kan niet, 10= beter kan niet)*

Heeft u op dit moment gezondheidsklachten?

Wat is uw hoofdklacht?

Wanneer zijn deze klachten begonnen?

Is uw klacht voortdurend aanwezig?

ja/nee

Heeft u ook andere klachten?

ja/nee

Zo ja welke?

Wanneer zijn deze klachten begonnen?

Is er recent bloedonderzoek gedaan?

ja/nee

Is er door een arts een diagnose gesteld? Welke?

Welke ziektes heeft u in het verleden gehad?

Welke (erfelijke)ziektes komen er in de familie voor?

Bent u wel eens geopereerd en zo ja waaraan/waarvoor?

Welke medicijnen heeft de laatste jaren gebruikt?

(pijnstillers, maagzuurremmers, antibiotica)

Bent u pas nog gevaccineerd? ja/nee

Waartegen en wanneer?

Bent u ergens allergisch voor? ja/nee

Zo ja waarvoor?

Gebruikt u wel eens vitamines of voedingssupplementen? ja/nee

Zo ja welk merk en hoe vaak?

Hoeveel alcohol drinkt u per week?

Rookt u? ja/nee

Snoept u en zo ja hoeveel?

Heeft u een bepaald voedingsmiddel waar u niet zonder kan?

Is er een bepaald voedingsmiddel dat u niet lust?

Doet u aan lichaamsbeweging? ja/nee

Zo ja wat doet u en hoe vaak?

Welk cijfer geeft u op dit moment aan uw conditie? (1-10)

Heeft u wel eens een dieet gevolgd? ja/nee

Zo ja welk dieet?

Bent u toen blijvend afgevallen? ja/nee

Zo ja, hoeveel kilo?

Eet u elke dag fruit? ja/nee

Eet u elke dag groente? Ja/nee

Eet u elke dag vlees?	ja/nee
Eet u wel eens biologisch?	ja/nee
Drinkt u tenminste 2 liter per dag?	ja/nee
Heeft u gewrichts- of spierklachten?	ja/nee
Slaapt u goed (inslapen/doorslapen)?	ja/nee
Bent u uitgerust als u 's ochtends wakker wordt	ja/nee
Heeft u last van stress of spelen er heftige emoties op dit moment?	ja/nee
Heeft u wel eens pijn op de borst?	ja/nee
Heeft u een goede stoelgang (frequentie, samenstelling)?	ja/nee

**Voor vrouwen:**

Gebruikt u de pil?	ja/nee
Wilt u graag zwanger worden?	ja/nee
Bent u zwanger?	ja/nee
Geeft u borstvoeding?	ja/nee
Bent u in de overgang?	ja/nee

Welk cijfer geeft u op dit moment aan uw gevoel van gelukkig zijn? (1-10)

Eventuele opmerkingen:

Handtekening\*:

Datum:

\* hiermee ga je ook akkoord met de behandelovereenkomst en het privacy beleid. Deze staan op de website.

Stuur dit formulier ingevuld voor de 1<sup>e</sup> afspraak naar [info@refreshintouch.nl](mailto:info@refreshintouch.nl)

**Marieke Oosterhuis van Refreshintouch verklaart hierbij dat ze vertrouwelijk omgaat met uw gegevens en deze alleen gebruikt voor de eigen administratie en de behandelingen.**