

CLIENT INTAKEFORMULIER - VERTROUWELIJK

NaamDatum.....
Adres.....
.....
Telefoon thuis.....GSM.....
E-mail.....
Vertrouwenspersoon.....Tel.....

Beroep.....Relatie.....Kinderen.....
Referentie.....Tel.....
Huisarts.....Tel.....
Therapeut.....Tel.....

Reden bezoek

Datum begin.....Plots, traag.....Acuut/chronisch.....
Huidige medicatie.....
Huidige remedies.....
Doel/verwachting van de sessie.....
.....
Doel/verwachting op termijn.....
.....

Lengte.....Gewicht.....Leeftijd.....
Eerdere behandeling.....
Dagelijkse vocht inname.....Koffie/thee.....Alcoholgebruik.....Tabak.....
Algemeen type dieet.....
Beweging.....
Zintuigen :
Zicht.....Gehoor.....
Smaak.....Geur.....
Gevoel.....Proprioceptie.....
Ongevallen/kwetsuren.....
.....
.....
Chirurgische ingrepen.....
.....
.....
Therapie/Psycho-spirituele ontwikkeling.....
.....

Duid in onderstaande lijst aan wat op u van toepassing is.

Noteer **N = nu**, **V = verleden**, **C = chronisch**.

EMOTIONEEL/PSYCHISCH

Depressie	Alvleesklier/Diabetes	Andere	URINEWEGEN
Eetstoornissen	Geslachtshormoon	CARDIOVASCULAIR	Nierstenen
Stemmingswisselingen	Andere	Angina pectoris	Nierinsufficiëntie
Verslaving(en)	NEUROLOGISCH	Hartinfarct	Blaasontsteking
Andere	Beroerte	Hartafwijking (type)	Prostaatproblemen
(AUTO)-IMMUUN/INFECT	Epilepsie	Hoge/lage bloeddruk	Andere
Aids/HIV	Duizeligheid	LUCHTWEGEN	VOORTPLANTING
Allergieën	Slapeloosheid	Bronchitis	Endometriosis
Kanker (type)	Migraine	Longontsteking	Zwangerschap (aantal)
(Chronische) Vermoeidheid	Andere	Astma	Miskraam (aantal)
Koorts (chronisch)	SPIER-SKELET/HUID	Andere	Abortus (aantal)
Fibromyalgie	Arthritis	SPIJSVERTERING	Verzakking
Schimmelinfectie (type)	Reuma	Gastritis	Sterilisatie
Herpes (type)	Rugpijn/nekpijn	Maagzweer	Prostaatproblemen
Ziekte van Lyme	Carpaal Tunnel Syndr	Reflux	SOA
Klierkoorts	Jicht	Zuur	Andere
Tuberculose	Huidziekte/eczeem	Alvleesklier	ANDERE
Malaria	Andere	Hepatitis	Reuma
Andere	NEUS/KEEL/OOR	Leverafwijking	Erfelijke aandoeningen
ENDOCRIEN	Sinusitis	Diarree (chronisch)	Dyslexie/dyscalculie
Bijnier	Oorpijn (chronisch)	Verstopping	Autisme (spectrum)
Pijnappelklier	Keelpijn	Andere	
Schildklier	Kaakgewricht		

Achtergrond

Aantal broers / zussen:Jouw positie in familie:.....

Leven je ouders nog?

Belangrijke relaties met broers / zussen / andere familieleden:

Is er iets wat u hier wil aan toe voegen ?

.....
.....
.....

Dit ingevulde formulier meebrengen of vóór onze afspraak e-mailen naar :

annickschuerman@hotmail.com