**Your Personal Health**

**Intake formulier en behandelovereenkomst**

**Personalia:**

**Naam................................................................................................................**

**Adres................................................................................................................**

**Postcode...........................................................................................................**

**Plaats...............................................................................................................**

**Geboortedatum................................................................................................**

**Lengte en gewicht.............................................................................................**

**E-mailadres.......................................................................................................**

**Burgelijke status...............................................................................................**

**Beroep..............................................................................................................**

**Kinderen: ja/nee, leeftijd:.................................................................................**

**Telefoon privé..............................mobiel:........................................................**

**Huisarts.....................................................Huisarts akkoord? Ja/Nee**

**Specialist...........................................................**

**Andere behandelaars (ook eventueel in het verleden)......................................**

**.........................................................................................................................**

**Is er sprake van een medische diagnose, zo ja, welke....................................... .........................................................................................................................**

**Regulier medicijngebruik en functie van medicijngebruik................................. ..................................................................................................................................................................................................................................................**

**Gebruik van supplementen en/of homeopathische of natuurlijke middelen..... ..................................................................................................................................................................................................................................................**

**Wat is/zijn Uw hoofdklacht(en)? ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Heeft U ook wel eens andere klachten?............................................................**

**.........................................................................................................................**

**Wat wilt U graag bereiken met de behandeling in deze praktijk? ..................................................................................................................................................................................................................................................**

**Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10...............**

**Heeft U snel de griep of een verkoudheid te pakken?.......................................**

**Heeft U ooit de ziekte van Pfeiffer gehad?........................................................**

**Bent U naar Uw weten wel eens door een teek gebeten?.................................**

**Heeft U naar Uw weten wel eens parasieten opgelopen?.................................**

**Komen er erfelijke ziekten voor in uw familie, zo ja, welke?.............................**

**.........................................................................................................................**

**Heeft U operaties ondergaan, zo ja, wanneer en welke?................................... .........................................................................................................................**

**Bent U daarbij onder narcose geweest?............................................................**

**Heeft U vaccinaties gehad? (ook buitenlandse reizen)......................................**

**Heeft U littekens?.............................................................................................**

**Heeft U amalgaamvullingen in uw gebit?..........................................................**

**Heeft U wel eens een wortelkanaalbehandeling onder gaan?...........................**

**Heeft u ontstekingen in de mond of bloedend tandvlees?................................**

**Bent U ergens allergisch voor?..........................................................................**

**Zo ja, waarvoor?...............................................................................................**

**Heeft U eczeem?...............................................................................................**

**Heeft U wel een ongeluk of harde val meegemaakt?........................................**

**Ervaart U stress/spanning of bent U onrustig?..................................................**

**Heeft U last van angstige gevoelens?................................................................**

**Voelt u zich gedeprimeerd?..............................................................................**

**Heeft U stemmingswisselingen?.......................................................................**

**Heeft U paniekaanvallen?.................................................................................**

**Bent U obsessief bezig met bijv. taken, mensen, eten?....................................**

**Heeft U een verslavingsbehoefte?....................................................................**

**Hoe karakteriseert u uzelf?...............................................................................**

**Waar krijgt U energie van?...............................................................................**

**Zijn er in –en/of doorslaapproblemen?.............................................................**

**Staat U ‘s morgens fit op?.................................................................................**

**Voelt U zich vermoeid? Zo ja, is dit op een specifiek gedeelte van de dag?.......**

**.........................................................................................................................**

**Doet U aan lichaamsbeweging? Zo ja, wat en hoeveel?....................................**

**.........................................................................................................................**

**Bent U over het algemeen meer kouwelijk of warm?.......................................**

**Heeft U last van koude handen en voeten?......................................................**

**Hoe vaak plast U per dag?................................................................................**

**Hoe vaak heeft U ontlasting?............................................................................**

**Heeft U last van constipatie of diaree?.............................................................**

**Zit er bloed/slijm of onverteerde resten in Uw ontlasting?...............................**

**Heeft U vaak last van buikpijn?.........................................................................**

**Heeft U vaak last van Uw maag/darmen?.........................................................**

**Heeft U last van zuuroprispingen/boeren/winderigheid/opgeblazen gevoel?.. ........................................................................................................................**

**Zo ja, is dit na het eten of bij bepaalde voedingsmiddelen?.............................**

**Is er sprake van vermagering?..........................................................................**

**Voor vrouwen:**

**Menstrueert U?...........................Hoeveel dagen?............................................**

**Zo ja, hoeveel dagen duurt Uw cyclus?.............................................................**

**Verliest U veel bloed tijdens uw menstruatie?..................................................**

**Heeft U klachten voorafgaand aan de menstruatie? Zo ja, welke?....................**

**.........................................................................................................................**

**Gebruikt u anticonceptie? Zo ja, welke?...........................................................**

**Bent U wel eens zwanger geweest?..................................................................**

**Waren er complicaties tijdens eventuele**

**zwangerschap/bevalling/kraamperiode?.........................................................**

**Bent u dit op dit moment in de overgang?.......................................................**

**Zijn er klachten die ontstaan zijn of juist verergert zijn tijdens de overgang? ..**

**Zo ja, welke? .................................................................................................**

**Drank en voeding:**

**Hoeveel drinkt U per dag?................................................................................**

**Wat drinkt U?...................................................................................................**

**Hoeveel alcohol drinkt U per week? .................................................................**

**Rookt U? Zo ja, hoeveel?..................................................................................**

**Hoeveel snoept U en wat zijn Uw lievelingszonden qua voeding?.....................**

**Hoe ziet uw dagmenu er in grote lijnen uit?**

**Ontbijt..............................................................................................................**

**Tussendoor.......................................................................................................**

**Lunch................................................................................................................**

**Tussendoor.......................................................................................................**

**Diner................................................................................................................**

**Hoeveel gram groente eet U per dag?...............................................................**

**Hoeveel fruit eet U per dag?.............................................................................**

**Hoeveel gram vlees/vis eet u per dag?..............................................................**

**Eet U wel eens peulvruchten?...........................................................................**

**Heeft U veel behoefte aan suikers/koolhydraten?............................................**

**Kunt U een maaltijd overslaan?........................................................................**

**Hoe vaak per week eet U voeding uit de magnetron?......................................**

**Dank voor Uw medewerking, uiteraard ga ik zeer vertrouwelijk om met uw gegevens.**

**Indien U (recente) bloeduitslagen heeft, zou U deze dan op willen vragen en mee willen nemen naar de praktijk of per post op willen sturen.**

**Er kunnen geen ziekte gerelateerde diagnostische uitspraken worden ontleend aan de doorgevoerde analyse. De behandeling en het nemen van supplementen geschiedt geheel op eigen verantwoordelijkheid. Indien U fysieke of psychosociale klachten heeft tijdens de behandeling, neemt U dan contact op met Uw behandelend arts. Behandeling van praktijk Your Personal Health is altijd ter aanvulling van de reguliere behandeling, nooit in plaats er van.**

**Bij verhindering dient U minimaal 48 uur van te voren af te bellen, anders worden de consultkosten in rekening gebracht.**

**U verklaart zich hierbij akkoord met de privacy verklaring en algemene voorwaarden van praktijk Your Personal Health.**

**Met de gemaakte afspraken verklaar ik mij akkoord,**

**Naam............................................. Datum..........................................**

**Handtekening...............................................**

**Bij minderjarigen (tot 16 jaar):**

**Handtekening ouder/voogd 1                            Handtekening ouder/voogd 2**

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

**Natuurgeneeskundig therapeut:                        Handtekening:**

**Elles Wesselink                              ..................................**

**BATC beroepsaansluit Nr:                                  BR-03076**

**Klacht en Tuchtrecht    Nr:                                 KB 2010.2667**

**AGB Zorgverleners      Nr:                                  90109961**

