

Hands On Therapies

Mesologie • Osteopatie • Massage

Tel: 06-2001 9419 • 020-624 2101

Herman Pohle

Oudezijds Armsteeg 4C
1012 GP Amsterdam
ABNAMro: 44.52.80.131

Datum		Behandelvorm	
Behandel datum		Tijd	
Datum ontvangst formulier			

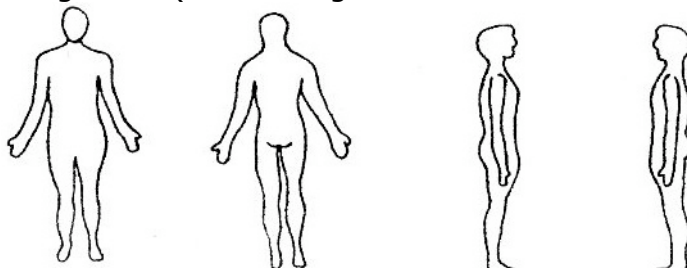
Geachte mevrouw, heer,
Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw inspanning.

Naam		Voornaam	
Adres		Postcode	
Woonplaats		Geboorte datum	
Geboorteplaats		Geboorte tijd	
Telefoon overdag		B.G.G.	
Emailadres			
Beroep		Vorige beroepen	
Sport, Hobby, Vrije tijd			
Medicijngebruik			
Supplementen en vitamines			
Behandelend arts		Specialist	
Adres		Telefoon	
Postcode		Woonplaats	

<input type="checkbox"/>	Ik maak geen bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts
<input type="checkbox"/>	Ik ben bereid om, een jaar na de behandelingen, vragen te beantwoorden over de tevredenheid t.o.v. de behandelingen en het bereikte resultaat.

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd?	
Wat is uw voornaamste klacht?	
Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?	

Wilt u op de figuren aangeven waar u klachten voelt? Wilt u tevens littekens in een andere kleur aangeven? (Enkel aangeven als u het formulier uitprint)



Bij * maak op de computer een keuze van het menutje, of print het formulier uit en streep door wat niet van toepassing is.

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)	
Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?	
Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging)	
En verergering?	
Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd)	
Zijn er momenten op een dag van inzinking?	
Wordt u 's nachts wakker, hoe laat?	JA / NEE*maak een keuze..., tijd
Hoe is uw stoelgang?	x dagelijks / x per week. Regelmatig / onregelmatig* maak een keuze...
Consistentie: vast/brijg/zacht/waterig.	vast/brijg/zacht/waterig* maak een keuze... Extra uitleg:
Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart	
Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter?	Voorkeur: Afkeur:
Welke spijzen en/of dranken liggen u niet goed?	
Heeft u grote behoefte aan zoetheid?	JA/NEE* maak een keuze...
Gebruikt u koemelkproducten?	
Rookt u? Hoeveel?	
Gebruikt u alcohol? Hoeveel?	
Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak?	
Drinkt u koffie? Hoeveel? Met melk of suiker?	
Waaruit bestaat gewoonlijk uw ontbijt?	
Welke zijn de bijkomende klachten nu?	1.
	2.
	3.
Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet erfelijke aandoeningen	
Moeder	
Vader	
Overige familieleden	

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor de oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook al vroeger had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij keuzemogelijkheden*: op de computer graag kiezen, op uitgeprinte versie doorhalen wat niet van toepassing is.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algemeen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maag/darmen	
		hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks*				darmontsteking	
		maak een keuze...					
		waar in het hoofd?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slapeloosheid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopping	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slecht inslapen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarree	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gewichtsveranderingen: toename/afname*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge mond	
		maak een keuze...					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	duizeligheid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette buik	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vermoeidheid: continu/ochtend/middag/avond*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	buikpijn/krampen*	
		maak een keuze...				maak een keuze...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dubbel/vaag zien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	winderigheid	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	misselijkheid	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	borrelende buik	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maagzuur	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bloedingen	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overig:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luchtwegen				Spiieren/gewrichten	
		ademnood				gespannen/slappe spieren* maak een keuze...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch hoesten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lage rugpijn	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch verkouden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nekpijn	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	astma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tintelingen/uitstraling	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keelpijn/ontstekingen				maak een keuze...	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinusitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gewrichtspijnen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oorsuizen (tinnitus)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spierpijnen/krampen*	maak een keuze...
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bewegingsbeperking	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reuma	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hart en bloedvaten				Huid	
		hoge/lage bloeddruk*	maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eczeem/uitslag*	maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette klieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel blauwe plekken	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aderverkalking		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge huid/transpiratie*	maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige hartslag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeuk	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn/beklemming borst*	maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel brekende nagels	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hartkloppingen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	haaruitval/brekend haar*	maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koude handen/voeten*	maak een keuze...				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spataders					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vocht vasthouden					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinewegen				Gesteldheid	
		nierinfectie/nierstenen*	maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zenuwachtigheid	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn bij het plassen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depressies	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prostaatklaften		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overbezorgdheid	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blaasontsteking		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	concentratiezwakte	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geslachtsziekte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geheugenvermindering	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering urine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	angst	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering libido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veel piekeren	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lusteloosheid	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opkroppen	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weinig zelfvertrouwen	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verdriet, droefheid	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	besluiteloosheid	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geïrriteerdheid	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opvliegers	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overig:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vrouw zwanger ja/nee* maak een keuze...					
		Leeftijd 1e menstruatie					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke menstruatie					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige menstruatie					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	langdurige menstruatie					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke borsten					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vochtverlies borsten buiten zuigperiode					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	premenstrueel syndroom					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	witte vloed					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn/irritatie vagina					

