



Alle informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Het doel van dit formulier is om een goed inzicht te krijgen in je totale gezondheid en welzijn. Indien je om enige reden een vraag niet kunt of wenst te beantwoorden, kun je deze overslaan. Tijdens het intakegesprek zullen de gegevens met je worden besproken.

Naam en achternaam	Vast telefoonnummer
Straat	Mobiele nummer
Postcode	Geboortedatum
Woonplaats	Burger Service Nummer (BSN)
E-mailadres	Verzekeringsmij. & polisnr.

Het antwoord dat het beste bij je past graag omcirkelen!

Mijn ontlasting komt	Spontaan	Na eten	Kost moeite	Moeiteloos	
Hoe vaak is er ontlasting?	1 x p.d.	2/3 x dag	Elke 2e dag	Elke ¼ dag	Na 5 dagen
Wat is de consistentie?	Keutelig	Vast	Zacht	Brijig	Waterig
Welke kleur heeft je ontlasting?	Wit	Lichtbruin	Geelbruin	Donkerbruin	Zwart
Heb je slijm in de ontlasting?	Ja / Nee				
Gebruik je iets om te laxeren? Wat gebruik je? Hoe vaak?	Ja / Nee	Wat?.....		Hoe vaak?.....	
Heeft je last van aambeien of andere rectale problemen?	Ja / Nee				
Heeft je ooit een rectale bloeding gehad?	Ja / Nee				
Bloed in braaksel? Zo, ja, hoe lang geleden?	Ja / Nee	Wanneer?.....			
Maak je gebruik van klisma's?	Ja / Nee				
Wat omschrijft het beste je huid?	Droog	Gehydrateerd	Vet(tig)	Combinatie	Gevoelig
Heb je last van jeuk? Waar?	Ja / Nee	Waar?.....			
Heb je snel blauwe plekken?	Ja / Nee				
Ben je onder behandeling van andere therapeuten?	Ja / Nee				
Komen er maag en/of darmproblemen voor in je familie?	Ja / Nee				

Voor vrouwen

Pijnlijke menstruatie	Ja / Nee				
Vaginale uitscheiding	Ja / Nee				
Kleur menstruatie					
Vloeibaar of stolsels	Ja / Nee				
Zwanger	Ja / Nee				
Anticonceptie: Spiraal, pil of anders?	Ja / Nee	Spiraal	Pil	Anders:	

Algemeen

Hoeveel uren slaap je per dag?	
Hoeveel uren werk je per week?	
Sport je?	Ja / Nee
Welke klachtgerelateerde operaties inclusief jaartal(len)?	
Zijn er allergieën bij je bekend?	
Welke medicijnen, supplementen en/of antibiotica gebruik je?	
Heb je nog opmerkingen?	
Wat hoop je te bereiken tijdens de behandelingen?	



Wil je hieronder een 'N' aankruisen als de klachten 'Nu' spelen en een 'V' aankruisen als deze klacht zich in het 'Verleden' heeft voorgedaan.

Indien je de huidige klachten ook vroeger al had, dan graag beide aankruisen.

Algemeen	N	V
Concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid/flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehoorstoorissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoglycemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker (overig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middenrifbreuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voorhoofdholte-ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed en hart	N	V
Beroerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen/afwijkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling	N	V
Astma/bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longemfyseem*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maag, Darm, Lever	N	V
Blindedarmontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buikpijn/krampen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cystes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmontstekingen (Colitis/Crohn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmperforatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmtumor*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divertikels/diverticulitis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistels (anus/endeldarm)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galblaas problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker* (maag/lever/darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever problemen/hepatitis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maagzuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parasieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schimmelinfecties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte spijsvertering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spastische darm/ PDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spiers en gewrichten	N	V
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slijmbeursontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spier en gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rugpijn/nekpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urogenitaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierstenen/nierproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostaat problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginale klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische klachten	N	V
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geïrriteerdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmingswisseling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piekeren/zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdriet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* contra-indicaties als klachten nu opspelen

Graag dit formulier invullen en mailen naar: Gezondheid@FreshHealth.nl
Mocht dit niet mogelijk zijn, dan graag meenemen bij je eerste bezoek.