

Intakeformulier Tandenknaarsen Centrum

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam: Dhr./Mevr.	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geboortedatum:	
Beroep:	
Huisarts:	
Lengte:	
Gewicht:	

Wat zijn uw klachten?

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

Hoe lang heeft u de klachten?

.....
.....

Wat zijn volgens u de oorzaak van de klachten?

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

Kunt u zelf iets doen om de klachten te verminderen?

.....
.....

Hoe is het verloop van de klachten?

stabiel/toenemend/afnemend

Wanneer heeft u de klachten?

's-ochtends/'s-middags/'s-Avonds

De klachten zijn:

constant/wisselend

Heeft u moeite met slapen?

ja/nee

Inslapen/doorslapen

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Hoe is uw algemene gezondheid?

.....
.....

Welke ziektes of gezondheidsproblemen heeft u of heeft u ooit gehad? (Denk o.a. huidaandoeningen, diabetes, kanker, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, rugpijn, hoofdpijn, migraine, reumatische aandoeningen, psychische problemen etc.)

.....
.....

Heeft u ooit iets gebroken? Wat en wanneer?

.....
.....

Heeft u ooit een operatie ondergaan? Waarvoor en wanneer?

.....
.....

Bent u ergens allergisch voor?

.....
.....

Gebruikt u medicijnen? Welke medicijnen en waarvoor?

.....
.....

Gebruikt u vitamines/voedingssupplementen? Welke en waarvoor?

.....
.....

Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)?

.....
.....

Bent u op dit moment zwanger? Hoeveel weken?

.....

Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die belangrijk zijn om te vermelden? Bijv. koorts of groot gewichtsverlies

.....
.....

Verergeren de klachten bij:

Warmte/kou

Mist

Rook/geuren

Huisdieren

Anders.....

Stress

Planten/bloemen

Inspanning

Vermoeidheid

Zijn de klachten tijdelijk minder geworden? Zo ja, wanneer was dat? En voor hoe lang?

.....
.....

Waren er afwijkende of veranderde omstandigheden? Zo ja, welke?

.....
.....

Heeft u nog andere klachten, zoals:

Tandknarsen/kaakklemmen

Blaasklachten

Hooikoorts

Schouderklachten

Hoofdpijn

Kortademigheid

Armen

Eczeem, plaats.....

Snel boos

Rusteloze benen

Darmklachten

Longen

Schouderblad

Migraine

Balans

Vingers

Gehoor/oren

Roepen

LEEFGEWOONTES

Rookt u en zo ja hoeveel per dag?

Drinkt u koffie en zo ja hoeveel kopjes per dag?

Hoeveel glazen alcoholische dranken drinkt u per week?

Hoeveel uur per week werkt u?

Hoeveel kinderen heeft u?

Wat zijn uw hobby's?.....

Bent u.....? linkshandig/rechtshandig

Hoeveel uur per week sport u en welke sport doet u?

.....
.....

Hoelang doet u al aan sport?

.....
.....

Kunt u de sportactiviteit omschrijven? (Denk daarbij aan intensiviteit en
trainingsomvang)

.....
.....

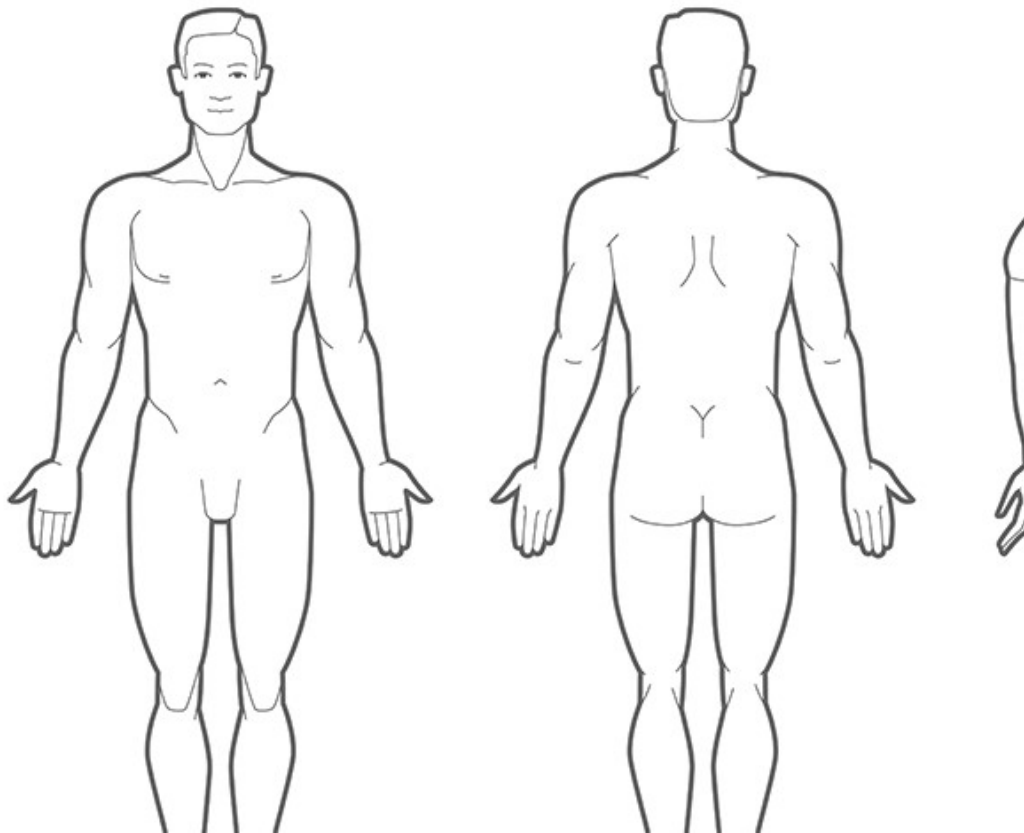
Ondervindt u veel stress in uw dagelijkse leven?

.....
.....

Overige opmerkingen over uw leefgewoontes:

.....
.....

Geef met een kruisje de gebieden aan waar u klachten heeft:



Hulpvraag:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Overige opmerkingen/aantekeningen:

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

OVEREENKOMST THERAPEUT - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Tussentijdse veranderingen zal ik direct doorgeven aan de therapeut. Ik begrijp dat deze therapie enkel voor het doel is zoals hierboven beschreven. Het is geen vervanging voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose. Deze therapie mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de therapeut het direct laten weten als ik tijdens de behandeling pijn of ongemak ervaar.

Handtekening cliënt:

Datum:

Handtekening massagetherapeut:

Datum: