

Osteopathie Praktijk Dana

www.osteopathiedana.nl
info@osteopathiedana.nl
Tel: 06-18875529

Dana Yelnik
Nieuwenhuijsenlaan 38
1185 DR Amstelveen

Datum:	
Tijd:	

Geachte mevrouw, heer,
Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij* maak op de computer een keuze van het menu, of print het formulier uit en streep door wat niet van toepassing is.
Bij het intakegesprek 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			
Telefoon privé		GSM	06-
Emailadres			
Beroep		Vorige beroepen	
Sport, Hobby, Vrije tijd			
Medicijngebruik			
Supplementen en vitaminen			
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?	
Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).	
Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?	
Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?	

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op?	Ja/Nee maak een keuze... Wanneer?
Verergering van:	

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, gelukkig, tevreden)	
Zijn er momenten op een dag van inzinking?	
Wordt u 's nachts wakker, waarom?	Ja/Nee*maak een keuze..., tijd
Hoe is uw stoelgang?	x dagelijks/ x per week regelmatig/onregelmatig* maak een keuze...
Consistentie: vast/brijig/zacht/waterig	vast/brijig/zacht/waterig* maak een keuze... Extra uitleg:
Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart	Kleur* maak een keuze...
Welke spijsen 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?	
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks* maak een keuze... waar in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	darmontsteking
<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* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge mond
<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* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	buikpijn/krampen* 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"/>	Luchtwegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	borrelende buik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ademnood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maagzuur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bloedingen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch verkouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overig.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spieren/gewrichten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keelpijn/ontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gespannen/slappe spieren* maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lage rugpijn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oorsuizen (tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nekpijn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hart en bloedvaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tintelingen/uitstraling maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoge/lage bloeddruk* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gewrichtspijnen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spierpijnen/krampen* maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aderverkalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bewegingsbeperking
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn/beklemming borst* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eczeem/uitslag* maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koude handen/voeten* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel blauwe plekken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spataders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge huid/transpiratie* maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jeuk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel brekende nagels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nierinfectie/nierstenen* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	haaruitval/brekend haar* maak een keuze...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesteldheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prostaatklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zenuwachtigheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depressies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geslachtsziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overbezorgdheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	concentratiezwakte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geheugenvermindering
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vrouw zwanger ja/nee* maak een keuze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	angst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leeftijd 1e menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veel piekeren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lusteloosheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opkroppen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	langdurige menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weinig zelfvertrouwen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke borsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verdriet, droefheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vochtverlies borsten buiten zuigperiode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	besluiteloosheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	premenstrueel syndroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geïrriteerdheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	witte vloed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opvliegers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn/irritatie vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overig:

