

Intake- en anamnese formulier Natuurlijk Jezelf



Naam:	Voorletters:	Roepnaam:	m / v
Adres:			
Postcode en woonplaats:			
Telefoon:			
Burgerlijke staat:			
Geboortedatum:			
Email:			
Beroep:			

Medicijnen en/of voedingssupplementen graag bij ieder consult meenemen.

Indicaties

Belangrijkste klacht(en):

Sinds wanneer:

Overige symptomen (inclusief emotionele):

Wat is de oudste klacht?

Is er sprake van allergieën/intoleranties of een vermoeden hiervan?

Eventuele medicatie:

Eventuele operaties:

Gebruikt u of heeft u ooit gebruikt:		
• Pijnstillende middelen	ja/nee	welke ?
• Antibiotica	ja/nee	
• Antidepressiva	ja/nee	
• Cortison/prednison	ja/nee	
• Bètablokkers	ja/nee	
• Laxeermiddelen	ja/nee	
• Maagzuurremmers	ja/nee	
• Malaria-tabletten	ja/nee	
• Overige	

Bent u ingeënt met één van de volgende vaccins?		
* Pokken	ja/nee	
* DTP of DKTP	ja/nee	
* DKTP-Hib-HepB	ja/nee	
* Pneu	ja/nee	
* BMR	ja/nee	
* MenC	ja/nee	
* MenACWY	ja/nee	
* Hepatitis A	ja/nee	
* Hepatitis B	ja/nee	
* HPV	ja/nee	
* Influenza (griepsput)	ja/nee	
* Mexicaanse griep	ja/nee	
* Tetanus (bijv. na wond)	ja/nee	
* DKT (kinkhoestprik tijdens zwangerschap)	ja/nee	
* COVID19 ('coronavaccinatie')	ja/nee	
* Enig ander vaccin in relatie tot uw beroep of reisbestemmingen:		
* Gele koorts/Rabiës/Cholera/Buiktyfus/Rota virus/TBC/ gordelroos/waterpokken/Japanse encefalitis.....		

* Heeft u donororganen?	ja/nee	
* Hebt u ooit een whiplash-achtig ongeval gehad?	ja/nee	
* Heeft u implantaten?	ja/nee	
* Heeft u piercings/tatoeages?	ja/nee	
* Heeft u slaapproblemen?	ja/nee	
* Rookt u?	ja/nee,	Zo ja, hoeveel per dag?
* Drinkt u?	ja/nee,	Zo ja, hoeveel en wat per dag?
* Gebruikt u drugs?	Ja/nee,	Zo ja, hoeveel en wat per dag?

Uiteraard worden deze gegevens **strikt vertrouwelijk** behandeld en zullen niet aan derden worden overlegd zonder afspraken met u als cliënt vooraf.

Gemaakte afspraken dienen 24 uur van te voren afgezegd te worden, indien dit niet gebeurd kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden gebracht.

Hierbij verklaart ondergetekende dat dit formulier volledig en naar waarheid is ingevuld.
Mochten antwoorden om meer toelichting vragen, dan graag op een separate bijlage toevoegen voorzien van uw handtekening en datum.

Handtekening cliënt:

Als op grond van de verstrekte gegevens en daaropvolgende nadere kennismaking tot behandeling wordt besloten, zal een en ander worden vastgelegd in een door partijen te ondertekenen behandelingsovereenkomst.