



Intake Formulier

Voornaam:	Achternaam:
Telefoonnummer:	Email:
Adres:	Geb. datum:
Nood telefoonnummer:	Behandelend arts:

Beweeg gewoonte:

Doet u aan lichamelijke activiteit? Nee / Ja
Zo ja, wat dan:
Hoeveel keer pw? Hoe lang?..... Hoe zwaar? licht/gemiddeld/zwaar
Waren je lichamelijke activiteiten in het verleden anders dan nu? Nee / Ja
Zo ja, wat dan:
Hoeveel keer pw? Hoe lang?..... Hoe zwaar? licht/gemiddeld/zwaar
Wat is je beroep?
Zittend/Actief/Zwaarwerk

Voeding gewoonte:

Beschouw jij jezelf als te zwaar? Nee / Ja
Zo ja, hoelang is dat?
Hoeveel maaltijden eet je per dag
Hoe vaak eet je buitenshuis
Hoe vaak per dag gebruik je onderstaande producten: Koffie/Thee (met suiker en melk of zonder) Frisdrank/Sap Energie drinks Water Bier Wijn Andere alcoholische dranken

Rookt u ? Ja / Ik ben gestopt / Nooit
Zo ja, wat rookt u en hoeveel p.dag?
Als u bent gestopt, hoelang heeft u gerookt en wanneer bent u gestopt.....

Beschouw jij je dag als stressvol ? Nee / Ja
Zo ja, wat is de aard van jouw stress ?
Doe je wel eens aan meditatie/ontspanningsoefeningen ? Nee / Ja
Zo ja, wat dan?
Hoeveel uur slaap je gemiddeld per nacht?..... Sta je dan ook uitgerust op Ja / Nee

Gezondheidsanalyse:

Is er ooit door een arts geconstateerd dat u last heeft van (omcirkel wat van toepassing is): bloedarmoede/artrose/artritis/reuma/astma/bronchitis/diabetes/kanker/hog cholesterol/hoge bloeddruk/hart- en vaatziekten/anders namelijk:
Gebruikt u medicijnen? Nee / Ja
Zo ja, welke
Heeft u blessures of chronische aandoeningen? Nee / Ja
Zo ja, welke en waar?
Geeft bovenstaande beperkingen in je dagelijkse leven?
Bent u onlangs geopereerd? Nee / Ja
Zo ja, wat voor een operatie?
Geeft bovenstaande beperkingen in je dagelijkse leven?

Opmerkingen:

Ik heb bovenstaande naar waarheid in gevuld:

Datum:

Naam:

Handtekening:

(bovenstaande informatie wordt vertrouwelijk behandeld en niet aan derden gegeven)