

Intake Formulier

(graag in blokletters schrijven)

Patiëntnummer:	
Datum 1e bezoek:	
Aanhef:	
Roepnaam:	
Voorletters:	
Tussenvoegsel:	
Achternaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
BSN Nummer:	
Zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
Email:	
Telefoon:	
Mobiel:	
Huisarts:	

Omschrijf uw klacht(en):

Uw voornaamste klacht:

--

Intake Formulier

(graag in blokletters schrijven)

Wanneer is(zijn) deze klacht(en) begonnen, weet u de oorzaak of is het vanzelf ontstaan én waardoor wordt de klacht(en) eventueel uitgelokt:

Hebt u deze klacht(en) aanhoudend: Ja / nee

--

Welke van de onderstaande klachten is momenteel van toepassing bij u: (vink aub aan wat van toepassing is)

<input type="checkbox"/> Ademhalingsmoeilijkheden	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Oorpijn
<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Huidproblemen	<input type="checkbox"/> Onvruchtbaarheid
<input type="checkbox"/> Bloedarmoede(anemie)	<input type="checkbox"/> Indigestie/moeilijke vertering	<input type="checkbox"/> Overdreven emotioneel
<input type="checkbox"/> Constipatie/diarree	<input type="checkbox"/> Impotentie	<input type="checkbox"/> Pijn op de borst
<input type="checkbox"/> Depressie	<input type="checkbox"/> Kaak/tandpijn	<input type="checkbox"/> PMS
<input type="checkbox"/> Duizeligheid	<input type="checkbox"/> Keelpijn	<input type="checkbox"/> Rillingen
<input type="checkbox"/> Excess dorst	<input type="checkbox"/> Koorts	<input type="checkbox"/> Rugklachten
<input type="checkbox"/> Gebrek aan dorst	<input type="checkbox"/> Menstruatiestoornissen	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Gewrichtspijn of ontsteking	<input type="checkbox"/> Moeilijk plassen	<input type="checkbox"/> Slapeloosheid
<input type="checkbox"/> Gewichtstoename	<input type="checkbox"/> Nachtzweeten	<input type="checkbox"/> Spierpijn
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlies	<input type="checkbox"/> Nervositeit	<input type="checkbox"/> Spontaan zweten
<input type="checkbox"/> Hoge/lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> Oog/zicht problemen	<input type="checkbox"/> Vermoeidheid/tekort energie
		<input type="checkbox"/> Zweet te weinig

Andere problemen:

Medicatie:

Medicatiennaam:	Sterkte:	Gebruik:

Bent u op dit moment onder behandeling van een andere specialist? Ja / nee

--

Welke behandelingen heeft u al ondergaan en wat was hiervan het resultaat?

Intake Formulier

(graag in blokletters schrijven)

Persoonlijk Gezondheid Historie:

Ziektes:	
Grote operaties:	
Trauma's (ongeluk, gevallen en etc):	

Dieet (zo ja, welke) & (over/onder/normaal) Gewicht & Wel/Niet Roken & Gebruik van Drugs:

Behandelplan: (in te vullen door T.H. Siauw)

- Acupunctuur met/zonder elektro apparaat, met/zonder warmtelamp op hoofd, buik, arm, been, rug
- Cupping iedere keer / enkele keer / indien nodig
- Massage op hoofd, buik, arm, been, rug
- Verwachte duur behandeling: Behandeling / Weken / Nader te bepalen

De toegepaste behandelprincipes vanuit de Chinese geneeswijze zijn niet bedoeld om behandelingen vanuit de westerse geneeskunde te vervangen. De behandelprincipes vanuit Chinese geneeswijze zijn complementair. Het is raadzaam om, vooral bij ernstige symptomen, eerst een arts te raadplegen.

Door ondertekening van dit formulier geeft u aan dat u; bovenstaande gegevens naar waarheid heeft ingevuld, de omschreven behandelprincipes heeft begrepen en toestemming geeft voor de behandeling.

Datum: ____/____/____ Handtekening: _____