



Intakeformulier

Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en dit formulier bij uw eerste afspraak meenemen?

Persoonlijke gegevens

Naam	:
Voornaam	:
Geslacht	: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Adres	:
Postcode / Woonplaats	:
Geboortedatum	:
Geboorteplaats	:
Telefoon	:
E-mailadres (voor afspraken en rekeningen, ik verstuur geen nieuwsbrief)	:
Beroep / Opleiding	:
Gezinssituatie (gehuwd / samenwonend / alleenstaand / kinderen)	:
Huisarts	:
Zorgverzekeraar en verzekerdennummer	:
Hoe heeft u mij gevonden? (mond-tot-mond / vrienden of familie / internet / anders)	:
Gewicht	:
Lengte	:

Algemene vragen

Wat is uw hulpvraag?

Heeft u verder nog psychische klachten? Zo ja, kunt u deze dan kort omschrijven:

Heeft u verder nog lichamelijke klachten? Zo ja, kunt u deze dan kort omschrijven: ja nee

Bent u onder behandeling (geweest) van een arts, specialist of therapeut? Zo ja, welke: ja nee

Is er een diagnose gesteld? Zo ja, welke diagnose is er gesteld en door wie: ja nee

Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, welke? ja nee

Heeft u operaties / ziekenhuisopnames ondergaan? Zo ja, waarvoor: ja nee

Heeft u last van allergieën? Zo ja, welke: ja nee

Heeft u ooit een ongeval gehad? Zo ja, korte omschrijving: ja nee

Heeft u of iemand in uw familie één van de volgende aandoeningen of heeft u of iemand in uw familie die gehad? ja nee

- diabetes
- allergieën
- psychische aandoening (zgn. schizofrenie, bipolaire stoornis, e.a.)
- borstkanker
- hartaandoeningen (voor 60 jaar)
- hersenaandoeningen, beroertes

Toelichting:

Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Rookt u?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Bent u vegetarisch of veganistisch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u alcoholische dranken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Volgt u een dieet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u extra voedingssupplementen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u suikervervangers (zoetjes) en/of light-producten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Doet u aan: beweging, sport, yoga, meditatie...?	

Verklaring (Informed Consent)

Ondergetekende verklaart zich akkoord met de inhoud van de behandelovereenkomst van de VVET, de privacyverklaring van de VVET en de algemene voorwaarden van Lied van de Merel. Deze zijn te vinden op www.liedvandemerel.nl/tarieven.html en worden op verzoek op papier verstrekt.

Ondergetekende geeft Mw. De Waard uitdrukkelijk toestemming voor het verzamelen van gegevens met betrekking tot zijn/haar gezondheid en, indien relevant (erfelijke factoren, eet- en leefgewoontes), etnische afkomst ten behoeve van de uitvoering van de behandeling.

Ondergetekende geeft toestemming voor het gebruik van zijn/haar gegevens voor onderzoek:

ja nee

Naam :

Datum :

Plaats :

Handtekening :

In geval cliënt jonger is dan 18, ondertekent de ouder/verzorger.

In te vullen door de therapeut:

Aanvullend onderzoek:

Ruimte voor opmerkingen die niet in het formulier aan de orde zijn geweest: