



## Intakeformulier

*(alle informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld)*

	Datum Intake
Naam Cliënt	
Adres	
Postcode/Plaats	
Telefoon	Mobiel
E-mail	
M/V	
Geboortedatum	
Gewicht	
Lengte	
BSN-nummer*	
Zorgverzekeraar	Verzekeringsnr.

\* *Burgerservice-nummer (vroeger: sofi-nummer). Zie paspoort, ID-kaart of rijbewijs.*

**Ik neem de volledige verantwoordelijkheid voor mijn eigen lichaam, gezondheid en welzijn en heb alles in dit formulier naar waarheid ingevuld.**

**Voor niet nagekomen afspraken en voor afspraken afgezegd *minder dan 48 uur van tevoren –om welke reden dan ook* - ben ik het volledige tarief verschuldigd.**

**Van mijn sessies maak ik na afloop een verslag van ongeveer een halve A4. Ik zorg ervoor dat Harry dit verslagje ontvangt *binnen vier dagen* na de sessie.**

Datum

Plaats

Handtekening

# Intakevragen

Wat is je problematiek en/of je hulpvraag?

---

---

---

---

Wat veroorzaakt volgens jou deze klachten? Wat is de achtergrond van je hulpvraag?

---

---

---

---

Wat zijn je behoeften en wensen t.a.v. je functioneren voor de toekomst? Met welk doel wil je therapie?

---

---

---

---

Beschrijf je persoonlijkheid eens?

---

---

---

---

Wat zijn jouw (energie-)bronnen? Wat houdt je -ondanks je problematiek- op de been?

---

---

---

---

## **Gezin/woonomstandigheden**

Beschrijf eens kort de samenstelling van het gezin waarin je opgroeide:

---

---

---

---

Beschrijf eens kort de samenstelling van het gezin waarvan je nu deel uitmaakt;  
of als je alleen woont: je woonsituatie?

---

---

---

---

## Medische vragen

<b>Heb je nu of onlangs last (gehad) van:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Behandeling met/door:</b>
Infecties (hoge koorts)			
Besmettelijke huidziekten			
Ontsteking van bloedvaten/lymfeklieren			
Maag- of darmklachten			
Nier- of blaas aandoeningen			
Klachten aan hart, longen, lever of hersenen			
Tumoren			
Acute bloedingen			
Neurologische aandoeningen			
Klachten m.b.t. de zintuigen			
Klachten m.b.t. botten of gewrichten			
Klachten m.b.t. nek of rug			
Geslachtsziekte			
Sterke gewichtstoename of -afname			
Hyperventilatie			
Overspannenheid			
Fobieën			
Seksuele problemen			
Depressie			
Psychose			
<b>Voor vrouwen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Bijzonderheden:</b>
Ben je zwanger ?			
Bent je onlangs bevallen?			
<b>Werd je onlangs of word je nu behandeld door/in:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Datum en klacht:</b>
Huisarts			
Specialist			
<b>Fysiotherapeut/Manueel therapeut/Cesar/Mensendieck/etc.</b>			
Psychiater			
Therapeut/coach			
Maatschappelijk werk			
Alternatief genezer			
Ziekenhuis			
Psychiatrische inrichting			
Ander soort verpleeginrichting			

<b>Gebruik je een van de volgende middelen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Omschrijving</b>
Sigaretten/Tabak			
Drugs			
Medicijnen			
Alcohol			

**Hoe omschrijf je zelf je gezondheid?**

---



---



---

**Ruimte voor eventuele eigen aanvullingen**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Tenslotte**

*Wat vond je van het intakegesprek, de opstelling van de therapeut en van de sessieruimte?*

---



---



---

*Kun je aangeven hoe je met mij of met mijn (web-)adres in aanraking bent gekomen?*

---



---



---



---



---



---