

## Intake -formulier

**Datum:**

**Naam en voornaam:**

**Adres:**

**Geboortedatum:**

**Tel.nr.:**

### **Indien u komt voor medische problemen**

Mutualiteit:

Huisarts:

Diagnose gesteld door uw geneesheer:

Wat is uw hoofdklacht?

Medische voorgeschiedenis?

Medicatie, supplementen, allergieën

### **Algemene toestand en klachten**

Ook van toepassing op schoonheidsbehandelingen

Doet u aan sport/ wandelen?

Voeding: vers?      suiker?      Rauwkost?

Rookt u?      Alcohol?

Waterinname:

Hoe zit het met:

Ontlasting: dagelijks?

Menstruatie: normaal, regelmatig, pijn?

Urineren:      's nachts?      Donkere kleur?

Transpireren:      's nachts?

Slapen:      inslapen      doorslapen

Ogen:      Oren:

Duizeligheid:

Huid: