Intake formulier Studio Duinvoet

|  |
| --- |
| **Persoonlijke informatie** |
| Volledige naam (bij geboorte) |  |
| Geslacht | man / vrouw |
| Roepnaam |  |
| Naamsverandering door huwelijk: |  |
| Adres en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Land van herkomst |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail en /of website |  |
| wil je nieuwsflits ontvangen? | ja / nee |
| Werkzaamheden |  |
| Burgerlijke stand | gehuwd / samenwonend / alleenstaand |
|  |  |
|  |  |
| Huisarts naam |  |
| Huisarts adres |  |
| Wie heeft U verwezen? |  |

|  |
| --- |
| **Gezondheid** |
| Lengte |  |
| Gewicht |  |
| Omschrijf uw eetgewoontes, eventueel dieet. |  |
| Beoefen je sport | ja / nee |
|  Welke |  |
| Hebt U klachten | ja / nee |
|  Welke |  |
| Sedert wanneer |  |
| Huisarts of specialist geraadpleegd | ja / nee |
|  Wie |  |
| Andere hulpverleners geraadpleegd | ja / nee |
|  Wie |  |
| Gebruikt U medicatie en/of voedingssupplementen | ja / nee  |
|  Waarvoor |  |
|  Welke |  |
|  Hoeveel |  |
|  Sinds wanneer |  |
| Operaties in het verleden | ja / nee |
|  Waarvoor |  |
|  Op welke leeftijd |  |
| Zijn er foto's of scans gemaakt | ja / nee |
| Ooit ledematen gebroken | ja / nee |
|  Welke |  |
|  Wanneer |  |
| Menstruatie cyclus | regelmatig / onregelmatig |
| Heeft U last (gehad) van: |  |
| Overspannenheid | ja / nee |
|  Wanneer |  |
| Flauwvallen | ja / nee |
|  Wanneer |  |
| Depressies | ja / nee |
|  Wanneer |  |
| Hyperventilatie | ja / nee |
|  Wanneer |  |
| Hoge bloeddruk | ja / nee |
|  Hoe hoog |  |
| Buikpijn, maagklachten | ja / nee |
|  Hoe lang |  |
| Last van verslavingen | roken / drinken |
| Hoeveel glazen alcohol per dag |  |
| Hoeveel sigaretten per dag |   |
| Angstaanvallen | ja / nee |
|  Hoelang |  |
| Slaapproblemen. | ja / nee |
|  Hoelang al |  |
| Mediteer je wel eens | ja / nee |
|  Hoe vaak |  |
| Ben je zorgelijk | ja / nee |
|  Waar over |  |
| Kun je jezelf goed alleen vermaken | ja / nee |

|  |
| --- |
| **Ouderlijk huis en jeugd** |
| Nationaliteit moeder |  |
| Nationaliteit vader |  |
| Hoeveel broers en zussen |  |
|  Leeftijd Broers |  |
|  Leeftijd zussen  |  |
| Hoeveelste kind ben jij |  |
| Zijn er gezinsleden overleden | ja / nee |
|  Op welke leeftijd |  |
|  Waaraan? |  |
| Hoe is of was de relatie met ouders |  |
| Hoe is of was de relatie met broers en zussen |  |
| Heb je een prettige jeugd gehad | ja / nee |
|  Waarom niet |  |
| Heb je traumatische ervaringen gehad in de jeugd | ja / nee |
|  Op welke leeftijd? |  |
| Huidige Gezinssituatie |  |
| Heb je een relatie | ja / nee |
|  Hoelang |  |
| Heb je meerdere relaties gehad | ja / nee |
| Heb je kinderen | ja / nee |
|  Jongens naam en geboortedatum |  |
|  Meisjes naam en geboortedatum |  |
| Uit welke relatie |  |
| Zijn er problemen met de kinderen | ja / nee |
|  Met wie en waarom |  |
| Heb je kleinkinderen | ja / nee |
|  Jongens en Meisjes |  |

|  |
| --- |
| **Opleiding en werkzaamheden** |
| Welke opleidingen heb je genoten |  |
| Ben je werkzaam  | ja / nee |
|  Waarmee |  |
| Vind je het leuk | ja / nee |
|  wat zou je leuk vinden |  |
| Ben je wel eens van baan veranderd | ja / nee |
| Geef je leiding in je werk of werk je zelfstandig | ja / nee |
| Heb je hobby’s | ja / nee |
|  Welke  |  |
| Zijn er nog zaken die relevant zijn voor jou of voor de behandeling  |  |

**Ik beloof strikte geheimhouding ten aanzien van de verstrekte gegevens.**

**Yvonne Duin-Heruer**