

Intake-checklist

Vorbereiding op je intake

Welkom. Om jouw intake zo waardevol mogelijk te maken, vragen we je deze checklist vooraf in te vullen en uiterlijk **48 uur voor de afspraak** naar ons terug te sturen via **azzouzaroual@gmail.com**. Hoe completer het beeld, hoe gericht we tijdens de intake kunnen werken.

Je gegevens worden vertrouwelijk behandeld conform de AVG en uitsluitend gebruikt binnen jouw behandeltraject.

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Voor- en achternaam

Geboortedatum

E-mailadres

Telefoonnummer

Adres

Postcode & woonplaats

Beroep

Huisarts

2. HULPVRAAG

Wat is je voornaamste klacht of hulpvraag?

Sinds wanneer speelt deze klacht en hoe is deze ontstaan?

Wat heb je tot nu toe geprobeerd om de klacht aan te pakken?

Wat hoop je met dit traject te bereiken?

3. MEDISCHE ACHTERGROND

Bekende diagnoses of chronische aandoeningen

Operaties en ziekenhuisopnames (jaartal + reden)

Allergieën en intoleranties

Medicatie (naam, dosering, sinds wanneer)

Supplementen die je momenteel gebruikt

4. LEEFSTIJL & GEWOONTEN

Welke van onderstaande punten zijn op jou van toepassing?

- Ik slaap minder dan 7 uur per nacht
- Ik word niet uitgerust wakker
- Ik ervaar regelmatig stress of spanning
- Ik beweeg minder dan 30 minuten per dag
- Ik drink meer dan 2 koppen koffie per dag
- Ik drink alcohol (meer dan 3 glazen per week)
- Ik rook of vape
- Ik eet onregelmatig of sla maaltijden over
- Ik snack regelmatig tussen de maaltijden door
- Ik gebruik regelmatig pijnstillers of maagzuurremmers

Gemiddeld aantal uren slaap per nacht

Aantal keer beweging per week

Glazen water per dag

Aantal kopjes koffie per dag

5. VOEDING (TYPISCHE DAG)

Ontbijt — wat eet/drink je doorgaans?

Lunch

Diner

Tussendoor (snacks, dranken)

Voedingsmiddelen die je vermijdt of niet verdraagt

6. SPIJSVERTERING, ENERGIE & STEMMING

Ik heb regelmatig opgeblazen gevoel of winderigheid

Mijn ontlasting is wisselend van vorm of frequentie

Ik heb last van obstipatie of diarree

Ik heb last van brandend maagzuur of reflux

Ik ervaar dipjes in energie gedurende de dag

Ik heb concentratie- of geheugenproblemen

Ik ervaar stemmingswisselingen of somberheid

Ik heb hoofdpijn of migraine

Mijn weerstand voelt verlaagd

Ik heb huidklachten (acne, eczeem, jeuk)

7. HORMONALE GEZONDHEID (INDIEN VAN TOEPASSING)

Cyclus, menopauze of andere hormonale bijzonderheden

8. AANVULLEND

Heb je recente bloedsuitslagen, testresultaten of medische verslagen die je wilt delen? Stuur deze graag als bijlage mee.

Is er nog iets dat je vooraf wilt delen?

9. AKKOORD & ONDERTEKENING

Ik ga akkoord met de vertrouwelijke verwerking van mijn gegevens (AVG).

Datum

Plaats

Naam (ter ondertekening)