

Lian Hua Praktijk voor Oosterse geneeswijze

Praktijk in Complementaire en Aanvullende Zorg.

Acupunctuur, Natuurgeneeskunde, Chinflex®, Massagetherapie en Voedingsadvies.



Uw therapeute: Mw. Monique Op 't Eijnde

Adres: Oudweid 9

Woonplaats: 1693 LC Wervershoof

Tel.nr: 0228-583220

Mob.nr.: 06-54292135

E@mail: info@lian-hua.nl

Geachte mevrouw / meneer,

Om een zo volledig mogelijk beeld van uw klachten te krijgen, wordt er gewerkt met een intakeformulier. Vriendelijk verzoek ik u het intakeformulier zo uitgebreid mogelijk in te vullen en uiterlijk 4 werkdagen voor aanvang van het 1^e consult langs te brengen of in te scannen en per e@mail of per post sturen naar het bovenstaande adres.

Indien u medicijnen gebruikt (ook alternatief zoals homeopathie en vitamines e.d.), wilt u deze dan meenemen op het 1^e consult (verpakking + inhoud of uw medicijnkaart).

Indien van toepassing ook documentatie van vorige onderzoeken (regulier en/ of alternatief). Tijdens het intake gesprek zal dieper worden ingegaan op uw huidige klachten.

Het intake gesprek duurt ongeveer 45 minuten en bestaat uit de volgende onderdelen: pols, tong en Chinese diagnose, lichamelijk onderzoek.

Gelieve 24 uur voor aanvang géén tongschraper gebruiken.

De kosten bedragen voor het 1^e consult € 35,- en voor de vervolg afspraken € 45,- .

Om administratieve redenen wordt het consult na afloop **contant** of per **pin** afgerekend.

Wilt u bij verhindering uiterlijk **48 uur** van tevoren op het volgende telefoonnummer 0228-583220 telefonisch afmelden, anders ben ik genoodzaakt de gereserveerde tijd in rekening te brengen.

Belangrijk;

Ingang praktijk is aan de zijkant (links) van mijn huis.

Bent u met de **auto**, deze mag u langs het trottoir naast mijn woonhuis aan de Slotlaan parkeren.

Bent u met de **fiets**, wilt u deze dan binnen de poort neerzetten.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u ons dinsdag tot en met vrijdag van 9.00 tot 18.00 op bovenstaand telefoonnummer telefonisch bereiken. U kunt ook een email met uw vraag sturen naar [**info@lian-hua.nl**](mailto:info@lian-hua.nl)

Met vriendelijke groet,

M. Op 't Eijnde

Lian Hua praktijk voor Oosterse geneeswijze
Oudweid 9, 1693 LC Wervershoof, tel. 0228-583220

Intakeformulier voor volwassenen

Verzenddatum: _____ Datum 1^e consult: O: _____
U: _____
Ontvangstdatum secretariaat: _____ Tijd: _____ / _____

Geachte mevrouw / meneer,

Neemt u rustig de tijd om de volgende vragen aandachtig door te lezen en zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden. Tijdens het intake gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard vallen uw gegevens strikt onder het beroepsgeheim.

Naam: _____ Voornaam: _____ M/V
Adres: _____ Geb. Datum: _____
Postcode: _____ Geb. Plaats: _____
Woonplaats: _____ E-mail: _____
Telefoon overdag: _____ Verzekeringsnr.: _____
Beroep: _____ Verzekeringsmaatschappij: _____
Aanvullende verzekering: _____

Vorige beroepen: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Huisarts: _____ Tel: _____

Specialist: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

Medicijngebruik: _____

(ook alternatief, ook supplementen zoals vitamines e.d., ook de pil)

Door wie bent u geïnformeerd / doorverwezen?: _____

Wat is uw voornaamste klacht: _____

Wanneer is (zijn) deze klacht(en) begonnen en onder welke omstandigheden _____

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven of omcirkelen? _____

Bijv. stekend / brandend / zeurend / schietend / kloppend / beklemmend _____

Is er regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? _____

Welke omstandigheden geven verbetering? _____

Bijv. koude / warmte / rust / stress / honger / eten / bepaalde lichaamshouding / beweging.

En welke omstandigheden geven verergering? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? Bijv. verdrietig / angstig / rusteloos / geïrriteerd / gelukkig

Zijn er momenten van inzinking op een dag? _____

Wordt u 's nachts wakker? Hoe laat? _____

Hoe frequent is uw stoelgang? ____ x^{per}/dag / ____ x^{per}/week, regelmatig / onregelmatig / moeilijk.

Wat is de consistentie? keutelig / vast / zacht / brijig / waterig / anders: _____

Kleur: wit / lichtbruin / geelbruin / donkerbruin / zwart / groen / geel of anders: _____

Wat is de kleur van uw ochtendurine? bruin / donkergeel / lichtgeel / transparant / anders: _____

Kunt u aankruisen wat u algemeen dagelijks eet?

Ontbijt

witbrood
bruinbrood
volkorenbrood
beschuit / crackers
roomboter
margarine
kaas
vleeswaren
pindakaas / hartige spreads
chocolade(hagel/pasta)/ jams e.d.
muesli
yoghurt / biogarde
fruit

Lunch

witbrood
bruinbrood
volkorenbrood
crackers
roomboter
margarine
kaas
vleeswaren
pindakaas / hartige spreads
chocoladepasta / jams e.d.
soep
fruit
warme maaltijd

Avondeten

aardappelen
pasta
rijst
couscous / bulgur
vis
vlees
vegetarisch
gekookte groenten
salade
soep
dessert: bv. zuivel / fruit / _____
anders: _____
broodmaaltijd

Wat drinkt u op een dag en hoeveel? Bijv. koffie / thee / water / melk / vruchtensap / frisdrank

Gebruikt u: Zoetjes / suiker

Welke spijzen en/of dranken vallen u niet goed? _____

Heeft u voorkeur voor zuur / zoet / zout / pikant / bitter / anders: _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? Ja / Nee Zo ja, wat neemt u dan? _____

Wat eet u tussendoor? Bijv. niets / fruit / koekjes / chips / nootjes / chocolade / _____

Rookt u? Ja / Nee Heeft u gerookt? Ja / Nee Hoeveel? ____ aantal^{per}/dag Hoe lang? ____ jaar

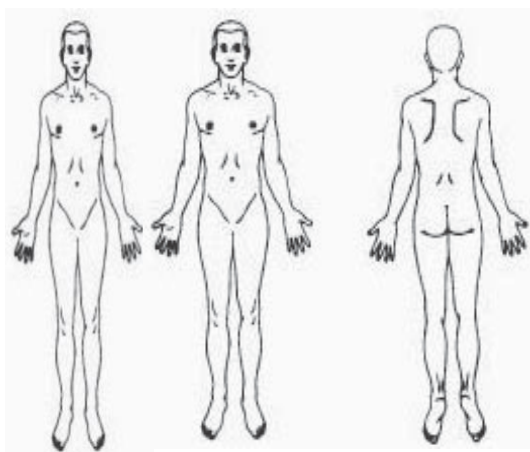
Gebruikt u alcohol? Ja / Nee Voorkeur? _____ Hoeveel? ____ aantal^{per}/week

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? (ook wietolie) _____

Wat zijn uw BIJKOMENDE KLACHTEN?

1. _____
2. _____
3. _____

Kunt u op de tekening aangeven waar u de klachten voelt? Eventuele littekens in rood aangeven.



Familiaire ziekten: Bestaan er in de familie erfelijke en/of niet-erfelijk aandoeningen?
bv. hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.

Moeder: _____

Vader: _____

Broers / zusters: _____

Overige familieleden: _____

Extra informatie:

Wilt u op deze pagina omcirkelen welke punten voor u van toepassing zijn?

De linker kolom blokjes is voor **oude klachten**, de rechter kolom blokjes voor **recente klachten**.

Als u uw huidige klachten vroeger ook al had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij de keuzemogelijkheden (*) graag omcirkelen wat van toepassing is.

Algemeen

- Hoofdpijn: dagelijks / wekelijks / maandelijks*
Waar in het hoofd? _____
- slapeloosheid
- slecht inslapen / slecht doorslapen *
- gewichtsverandering: toename / afname*
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu / ochtend / middag / avond*
- dubbelzien / onscherp zien / lens- brildragend *
- allergie: _____

Luchtwegen / K.N.O.

- ademnood / benauwdheid *
- chronisch hoesten / chronisch verkouden *
- slijmvorming / speekselvloed *
- astma / bronchitis *
- keelpijn / keelontsteking *
- voorhoofd- / bijholteontsteking *
- oorsuizen / oorontsteking *

Hart en bloedvaten

- hoge / lage bloeddruk *
- opgezette klieren: waar? _____
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn / beklemming * op de borst
- hartkloppingen
- koude handen / voeten *
- spataders
- vocht vasthouden: waar? _____

Urinewegen

- nier infectie / nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten bv. minder krachtige straal / 's nachts plassen *
- blaasontsteking
- geslachtsziekten: welke? _____
- verandering urine: kleur / geur / incontinentie *
- verandering libido: meer / minder *

Vrouw

Zwanger JA / NEE *

Leeftijd 1^e menstruatie _____ jaar

- pijnlijke menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- pijnlijke borsten
- premenstrueel syndroom
- witte vloed

Maag / Darmen

- darmontsteking
- verstopping / obstipatie
- diarree
- droge mond
- verminderde eetlust
- misselijkheid
- buikpijn / krampen *
- borrelende / opgezette buik *
- winderigheid
- maagzuur
- bloedingen / bloed bij ontlasting*
- parasieten / wormen *

Spielen en gewrichten

- gespannen / slappe spieren *
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen / uitstraling *
- gewrichtspijnen / ontsteking *
- spierpijnen / krampen *
- bewegings- / krachtsbeperking *
- reuma / fibromyalgie *

Huid

- eczeem / uitslag *
- snel blauwe plekken
- droge huid / transpiratie *
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval / brekend haar

Gesteldheid

- zenuwachtig
- depressies
- over bezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloos
- neiging tot opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet , droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: _____

Treedt er verergering van de klachten op bij:

fysieke of psychische belasting / klimaatverandering / koorts / menstruatie * / anders: _____

Bent u ooit onder behandeling geweest van een:

specialist / fysiotherapeut / manueel therapeut / psychotherapeut / osteopathie / mesoloog /
 natuurgeneeskundige / homeopaat / iriscopist / acupuncturist / magnetiseur *
 anders: _____

Ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt.
2. De kinderziektes die u heeft gehad, als u dat nog weet of kan na vragen, bent u ingeënt voor deze kinderziektes.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan. (natuurlijk/keizersnede)
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen ook van invloed zijn. Bijv. trouwen, echtscheiding, werk gerelateerde stress, kinderen krijgen, emigratie, overspannen, burn-out, nare seksuele ervaring, verlies van dierbaren.
5. Bezoeken aan het buitenland incl. de eventueel gekregen inenting en eventuele tropische ziektes.

LEEFTIJD	ZIEKTEN / KINDERZIEKTES / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELINGEN

Welke ziekte was het zwaarst in uw leven? _____

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen? _____

Ruimte voor aanvullende informatie: _____

Naam:

Geboorte datum:

Geboorteland:

Welk jaar zijn de klachten begonnen:

Groep 1. Heeft u:

	ja	nee	regelmatig
dagelijks meer dan 2 maal diarree			
regelmatig water dunne diarree			
dagelijks buikpijn			
bloed bij de ontlasting			
slijm bij de ontlasting			
constipatie afgewisseld met diarree			
chronische constipatie, hoe lang al			
vermagering			
heeft u koorts gehad			
werkverlies door darmklachten			
arbeidsongeschiktheid door darmklachten			
beperkingen door de klachten			
heeft u een endoscopie ondergaan			

Groep 2. Heeft u wekelijks of maandelijks periode van:

	ja (wekelijks)	ja, maandelijks	nee
brij-achtige ontlasting			
verhoogde aandrang			
buikkrimp			
buikpijn			
winderigheid			
opgezette buik			
ongevormde ontlasting			
ontlasting die plakt aan wc			
rottende of gistende ontlasting			
onverteerd voedsel			
misselijkheid			
anale jeuk			
vermoeidheid			
maagpijn			
zuurbranden			
reflex			

Groep 3: Risicofactoren:

	ja	nee	opmerkingen
wat is uw beroep			
bent u werkzaam (geweest) in/bij: <i>de verpleging, verzorging, psychiatrie, medisch laboratorium peuterspeelzaal, luchthaven of haven asielzoekers instantie, afvalverwerking, vleesindustrie, als loodgieter, slager</i>			
ouders met bovenstaand beroep			
frequent contact met dieren			
gezinsleden/partner darmklachten			
(kleine) kinderen buikklachten			
homoseksuele contacten (man)			
ontwikkelingslanden bezocht			
klachten tijdens/na tropenbezoek			
diarree na zwemmen			
ooit acute diarree tijdens vakantie			
ooit acute diarree verkeerd voedsel			
ooit darmparasieten gehad			welke?
partner / kinderen met parasieten			

Groep 4. Heeft u regelmatig perioden van:

	ja	nee	opmerkingen
slijmvorming keel, keelpijn			
jeuk gehemelte			
hoesten			
benauwdheid			
verstopte neus			
jeukende oren of ogen			
schimmelinfecties			
schilvering huid			
jeukende huid			
eczeem			
vieze smaak mond			
aften in de mond			
plasproblemen			
irritatie blaas			
heeft u ooit een allergie test ondergaan			
nikkel allergie			
als kind melkallergie			
hooikoorts (gehad) bomen			
hooikoorts (gehad) graspollen			
overgevoelig voor geur of kleurstoffen			
andere allergische klachten			
irritatie vagina			
spierpijn of zwakte			
spierkrampen ('s nachts)			
gewrichtsklachten			
haaruitval			
suiker verergert de klachten			
plotselinge suikerbehoefte			
slaapproblemen			
hoofdpijn			
klachten bij drinken rode wijn			
hartkloppingen			

Groep 5: Staat u bloot aan giftige stoffen of gebruikt u medicijnen:

	ja	nee	opmerkingen
chemische stoffen (ook hobby)			
landbouw bestrijdingsmiddelen			
hartmedicijnen			
corticosteroïden			
anticonceptie			
laxeermiddelen			
slaapmiddelen			
antidepressiva			
medicijnen tegen diaree			
Chinese kruiden			
zijn klachten ontstaan na antibiotica			
klachten begonnen na medicijngebruik			
klachten na ziekenhuisopname			

Groep 6. Heeft u bepaalde aandoeningen:

	ja	nee	opmerkingen
ziekte van Crohn			
colitis ulcerosa			
darmkanker (gehad)			
familieid met darmkanker			
chemotherapie ondergaan			
bestraling buik/bekken ondergaan			
angst voor kanker			
diabetes			
overgewicht			
lengte cm			
gewicht kg			

Groep 7. Is er een relatie met voeding, alcohol- of eetproblemen:

	ja	nee	regelmatig
heeft u een voedselintolerantie			
opgezette buik na eten van brood			
vermoeidheid na bepaald eten			
glutenintolerantie (coeliakie)			
glutenintolerantie in de familie?			
koemelk allergie			
lactose intolerantie			
eet u vaak / dagelijks noten			
gebruikt u veel fruit / sap			
gebruikt u 'light' producten			
eet u 'junk food'			
hoge doseringen vitaminen			
meer dan 4 koffie per dag			
perioden van overeten			
opzettelijk braken			
anorexia			
verslavingen			
alcohol meer dan 2 per dag			
sterke drank			
'recreatieve drugs'			
had u als kind al darmklachten			

Groep 8. Heeft u het gevoel onderstaande factoren bijdragen tot klachten:

	ja	nee	regelmatig
bent u stress gevoelig			
werkt spanning/stress op de darm			
zijn er problemen binnen uw gezin			
recent overlijden van familielid			
recente scheiding doorgemaakt			
heeft u angst voor ziekte of kanker			
perfectionisme			
bent u depressief			
gevoel van mislukking			
alles is te veel			
vaak schuldgevoelens			
zelfmoord gedachten			
zijn er problemen op uw werk			
heeft u stressvol beroep			
werkt u meer dan 8 uur/dag			
werkt u meer 5 dag/ week			
ontslag van uw werk			
financiële problemen			
doet u aan sport			