

Intakeformulier

Persoonsgegevens:

Naam : _____ Clientnummer:

Adres : _____

Postcode : _____ Woonplaats : _____

Telefoonnr. : _____

Mobiel : _____

E-mailadres : _____

Geboortedatum : _____

Burgerservicennr. : _____

Zorgverzekeraar : _____

Verzekeringsnr. : _____

Naam huisarts : (niet verplicht) _____

Adres huisarts : (niet verplicht) _____

Vind u het goed dat u huisarts te zijner tijd wordt geïnformeerd? Nee Ja

Indien van toepassing naam specialist: (niet verplicht) : _____

Vind u het goed dat u specialist te zijner tijd wordt geïnformeerd? Nee Ja

Hoe bent u bij MoVe APS therapie terecht gekomen? Via: kennis / familie / vrienden
 website / internet
 anders: _____

Wat is uw beroep? _____

Oefent u uw beroep nog actief uit? Nee Ja

Heeft u de indruk dat uw klachten voort komen uit uw werk? Nee Ja

Algemene en leefstijl vragen:

- Rookt u? Nee Ja
- Gebruikt u alcoholische dranken? Nee Ja, hoeveel glazen per week? ____
- Gebruikt u stimulerende middelen? Nee Ja, namelijk: _____

- Gebruikt u medicijnen? Nee Ja, namelijk: _____

- Gebruikt u pijnstillers? Nee Ja, namelijk: _____

- Gebruikt u voedingssupplementen? Nee Ja, namelijk: _____

- Heeft u allergieën? Nee Ja, namelijk: _____

- Doet u aan sport? Nee Ja, namelijk: _____

Indicatie:

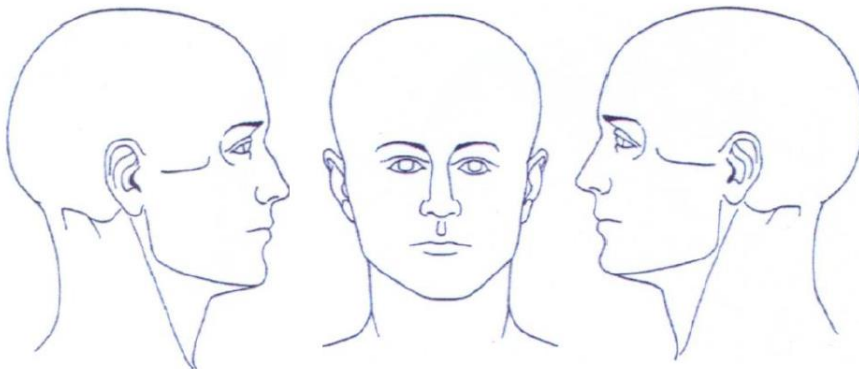
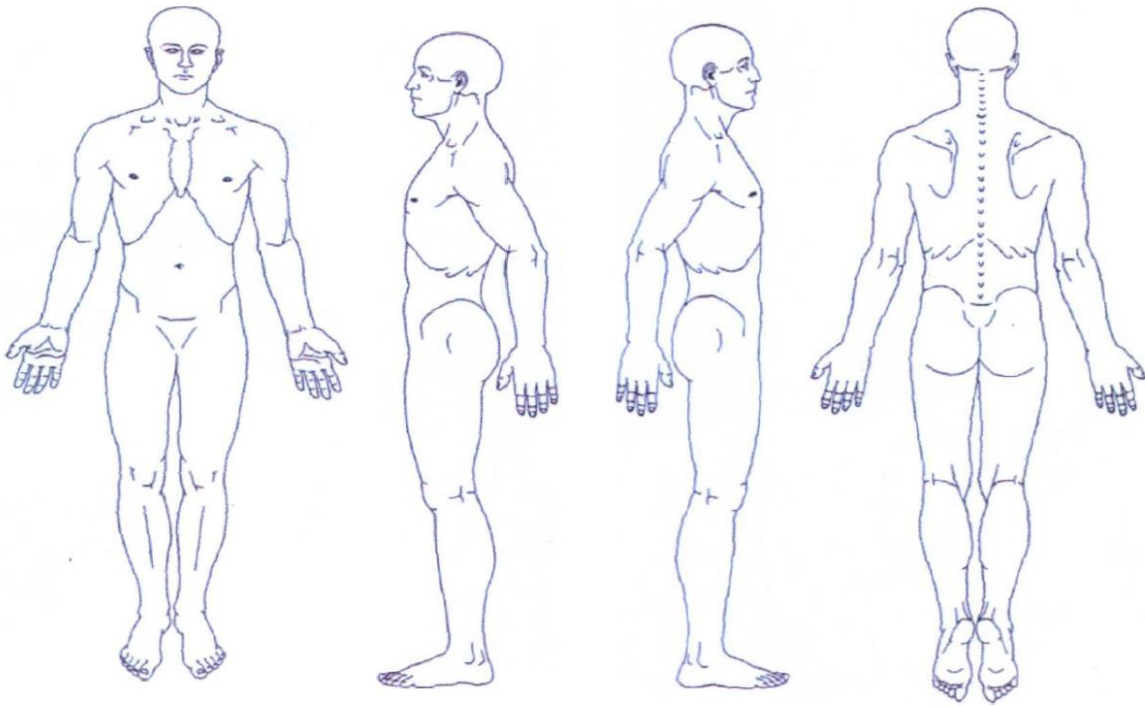
Geef een omschrijving van de klacht(en):

Is er een diagnose gesteld door huisarts/specialist? Zo ja welke? (niet verplicht)

Zijn u klachten periode afhankelijk? Nee Ja, namelijk : _____
(bijv. van stress, het weer, menstruatie) _____

Kunt u de soort pijn aangeven? (bijv. stekend, brandend, zeurend, schrijnend)

Kunt u de locatie aangeven waar de pijn of klacht zich bevindt?



Contra-indicaties APS therapie:

Voor vrouwen: bent u zwanger? Nee Ja

Heeft u last van epilepsie? Nee Ja

Heeft u recentelijk een hersen- of hartinfarct gehad? Nee Ja

Heeft u een elektrisch implantaat? Nee Ja

Heeft u recentelijk een acute trombose gehad? Nee Ja

Bent u onder behandeling voor kanker? Nee Ja

Heeft u een andere ziekte? Nee Ja, namelijk: _____

Volgt u nog momenteel nog andere therapieën? Nee Ja, namelijk: _____

Heeft u operaties ondergaan? Nee Ja, namelijk: _____

Heeft u in het verleden aandoeningen gehad? Nee Ja, namelijk: _____
