

***Praktijk Infini***

Kempenaar 01-34 8242 BA Lelystad

Tel: 06-13783229

info@praktijkinfini.nl

www.praktijkinfini.nl

Intakevragenlijst

*Deze vragenlijst dient als hulpmiddel voor het verkrijgen van adequate patiënt-informatie voor de behandeling.*

*Wilt u dit vragenformulier zo zorgvuldig mogelijk en, waar gewenst, zo uitgebreid mogelijk invullen?*

**Personalia**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam (m/v) |  |
| Adres |  |
| PC + woonplaats |  |
| Telefoon |  Mobiel: |
| E-mail |  |
| Geboortedatum |  |
| Opleiding |  |
| Huidige functie |  |

**Familie en gezin gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Samenstelling van uw gezin als kind? |  |
| Hoe ervaarde u de relatie met uw ouders, broers/zussen? |  |
| Zijn er overlijden in gezin/familie geweest? |  |
| Samenstelling van uw gezin nu? |  |
| Heeft u miskramen gehad?Zo ja, hoeveel? |  |

**Werk situatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe ervaart u de werkdruk op uw werk? |  |
| Hoe ervaart u de stress? |  |
| Hoe ervaart u de motivatie? |  |
| Hoe ervaart u de omgang met collega’s? |  |

**Vrije tijd**

|  |  |
| --- | --- |
| Welke hobby’s heeft u? |  |
| Doet u aan sport of lichaamsbeweging? |  |
| Hoe ervaart u uw contacten met vrienden? |  |
| Hoe is de frequentie van deze contacten? |  |
| Welke passies heeft u? |  |
| Hoe ontspant u het liefst? |  |
| Heeft u voldoende tijd / gelegenheid voor ontspanning? |  |

**Fysieke zaken**

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe is uw energie niveau? |  |
| Heeft u last van allergieën?Zo ja, waarvoor? |  |
| Gebruikt u medicijnen?Zo ja, waarvoor? |  |
| Heeft u operaties gehad?Zo ja, wanneer? |  |
| Heeft u transplantaties gehad?Zo ja, wanneer? |  |
| Heeft u lichamelijke aandoeningen/ziektes? |  |
| Heeft u, of loopt u nog onderbehandeling bij een specialist?Zo ja waarvoor? |  |
| Heeft u last van extreem zweten, gevoeligheid op de longen, darmen, huid of maag? |  |
| Ondervindt u hinder/problemen bij voedselgebruik, verteringszaken, stoelgang? |  |
| Ondervindt u hinder/problemen bij het slapen, wakker zijn.Zo ja, op welke tijdstippen? |  |
| Ervaart u fysieke, mentale of emotionele onrust?Zo ja op welke manier? |  |

**Kindertijd**

|  |  |
| --- | --- |
| Welke ziektes of aandoeningen had u als kind? |  |
| Hoe verliep de zwangerschap? |  |
| Hoe verliep uw geboorte? |  |
| Waren er bijzonderheden in uw ontwikkeling? |  |
| Zijn er fysieke of psychische trauma’s? |  |
| Hoe verliep uw puberteit? |  |

**Mentale / emotionele klachten**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u last van een onrustig hoofd, dwanggedachten, overlopen van gedachten? |  |
| Ervaart u stress?Zo ja, wanneer, bij welke omstandigheden, hoe uit zich dat, hoe vaak. |  |
| Hoe is uw slaap/rust verdeling? |  |
| Heeft u opvallende verlangens? |  |
| Ervaart u gevoeligheid voor boosheid/ verdriet van anderen? |  |
| Hoe ervaart u het uiten van uw emoties? Hoe doet u dit, wanneer lukt dit wel/niet? |  |
| Wordt u snel boos/verdrietig/angstig?Zo ja, wanneer? |  |
| Hoe ervaart u het herkennen van emoties bij u zelf en bij anderen? |  |

**Zaken die van belang zijn voor het traject**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u schulden? |  |
| Ervaart u verslavingsproblematiek? |  |
| Ervaart u suïcideproblematiek? |  |

**Doel**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is uw doel en de verwachting van de behandelingen? |  |
| Wat heeft u zelf al aan actie ondernomen? |  |
| Heeft u eerdere therapieën gevolgd?Zo ja, hoeveel en welke? |  |

**Hartelijk dank voor het invullen!**

|  |
| --- |
| Naar waarheid ingevuld, Datum:Plaats: Handtekening cliënt:  |