

Susanna Redeker
praktijk voor lichaamswerk
cranio sacraal therapie / massage therapie

Het formulier graag zo volledig mogelijk invullen en opsturen naar info@susannaredeker.nl
Door het invullen van het intake formulier gaat u akkoord met de privacy verklaring en bent u op de hoogte van de behandelvoorwaarden. Deze informatie is te vinden op de website.

INTAKE

Naam:	Burgerlijke staat:
Roepnaam:	Telefoon:
Adres:	Postcode:
Plaats:	Email:
Geboortedatum:	Beroep:
Gezinssituatie:	Hobby:
Hoe heeft u mij gevonden?	

MEDISCH

Huisarts:
Specialist:
Andere Behandelaar(s):
Medicijngebruik op voorschrift of zelfzorg?
Alternatieve middelen op voorschrift of zelfzorg?
Gebruikt u voedingssupplementen of anticonceptie?

HULP VRAAG

Wat is uw hulpvraag?
Wat is uw hoofdklacht? (zowel psychisch als lichamelijk)
Wanneer zijn ze begonnen? (acuut, chronisch, chronisch terugkerend)
Zijn de symptomen meer / minder aanwezig afhankelijk van het weer, seizoen, tijdstip van dag / nacht, thuis / werk, binnen / buiten?

Susanna Redeker
praktijk voor lichaamswerk
cranio sacraal therapie / massage therapie

Is er een reguliere diagnose gesteld? Zo ja welke?
Wat wilt u met de behandelingen bereiken?
Welke acties heeft u al ondernomen m.b.t. het oplossen van de klacht(en) en wat zijn de bevindingen van eventuele eerdere behandelaars geweest?

GESCHIEDENIS

Kunt (wilt) u een gebeurtenis(sen) beschrijven die erg bepalend is geweest voor uw leven? (denk aan ongelukken, echtscheiding, overlijden dierbaren, operaties, geweld)
Heeft u wel eens een hersenschudding/tia/ hersenbloeding gehad? Zo ja, wat en wanneer ?
Hoe was uw eigen geboorte proces? Heeft u borstvoeding gehad?
Hoe was de gezinssamenstelling waarin u bent opgegroeid?

DIVERS

Slaapt u goed?
Welke stressfactoren zijn momenteel in uw leven een ziekmakende factor?
Wat doet u aan lichaamsbeweging?
Hoe is uw ontlasting (frequentie, vorm, hoeveelheid, kleur, geur, pijn/ongemak)?
Heeft u allergieën?

INDIEN HET KINDEREN BETREFT:

Hoe was de zwangerschap, en bevalling?
Borstvoeding?
Hoe ervaart u uw kind?
Heeft het veel sturing nodig of juist niet?
Hoe zijn de contacten met andere kinderen?
Kan het zichzelf bezighouden?
Wat doet het liefst?
Andere dingen die van belang zijn?

Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OVERIGE

Is er nog iets anders dat u graag wilt vermelden?

Naam		Datum	
------	--	-------	--

*U wordt verzocht om tenminste 6 uur vóór en 6 uur na de behandeling
geen alcohol en/of drugs te gebruiken.*