|  |
| --- |
| *Vragenlijst Intakegesprek Healthcheck* |

In deze vragenlijst staan zowel open vragen als meerkeuzevragen. Wilt u bij de meerkeuzevragen, het juiste antwoord aanvinken en bij de open vragen zo volledig mogelijk proberen te zijn. De vragenlijst bestaat uit 3 delen:

 Deel A: Algemene gegevens
 Deel B: Klachten (vraag 1 t/m 16)
 Deel C: Uw gezondheid (vraag 1 t/m 12)

Als u alle antwoorden heeft ingevuld, gaat u het bestand opslaan op uw computer. Vervolgens kunt u een mail sturen naar mij en de ingevulde vragenlijst als bijlage bijvoegen bij de mail. U kunt de mail sturen naar info@beautysalonangelie.nl

De antwoorden zullen bij het intakegesprek worden besproken.

Alvast hartelijk bedankt!

Met vriendelijke groet,

Angelie

*Toestemming*

Health Hair & Beautysalon Angelie hecht veel waarde aan de bescherming van uw persoonsgegevens. In het privacy beleid kunt u nalezen hoe ik omga met uw persoonsgegevens. Het privacy beleid kunt u vinden op <https://beautysalonangelie.nl/privacyverklaring/>

Door het invullen en opsturen van de vragenlijst gaat u akkoord met het privacy beleid en geeft u toestemming voor de verwerking van uw persoonsgegevens.

|  |
| --- |
| *Deel A: Algemene gegevens* |

**Datum van invullen:** ………………………………….

**Geslacht:** [ ]  man

 [ ]  vrouw

**Naam:** ………………………………….

**Adres:** ………………………………….

**Postcode:** ………………………………….

**Plaats:** ………………………………….

**Telefoon/mobiel:** ………………………………….

**E-mail:** ………………………………….

**Beroep:** ………………………………….

**Hobby’s:** ………………………………….

**Lengte:** ………………………………….

**Gewicht:** ………………………………….

**Geboortedatum/tijd:** ………………………………….

|  |
| --- |
| *Deel B: Klachten* |

**1. Wat is de reden van uw komst?**

………………………………….

**2. Waar zit het?**

………………………………….

**3. Heeft uzelf een idee waar de klacht mee verband houdt?**

………………………………….

**4. Hoe uit de klacht zich?**

Zie vragen hieronder.

**4.a. Kunt u de pijn beschrijven?**

………………………………….

**4.b. Is de pijn continue of wisselend?**

………………………………….

**4.c. Aanleiding**

………………………………….

**4.d. Locatie**

 ………………………………….

**4.e. Is er sprake van een doof gevoel en/of tintelingen?**

………………………………….

**4.f. Wat is het effect van lokale druk of massage?**

………………………………….

**4.g. Wat is het effect van warmte of koude?**

 ………………………………….

**4.h. Wat is het effect van beweging?**

………………………………….

**4.i. Wat is het effect van inspanning?**

………………………………….

**5. Sinds wanneer? Was er in die tijd iets bijzonders? (Bijv. in werk, privé, operaties, andere ziekte, verandering gebit)**

………………………………….

**6. Zijn er andere belangrijke gebeurtenissen in uw leven (geweest), die van invloed zijn op uw persoonlijk functioneren? (Denk aan: overlijden, ongelukken, scheiding, traumatische ervaring of misbruik )**

………………………………….

**7. Zijn er nevenklachten?**

………………………………….

**8. Bent u geopereerd geweest? Zo ja, waaraan? Zijn er littekens?**

………………………………….

**9. Welke klachten heeft u in de loop der tijd gehad? En hoe zijn deze behandeld? (Graag weergeven in chronologische volgorde)**

………………………………….

**10. Heeft u kinderziekten gehad? (Zo ja, welke? Noem eventuele bijzonderheden)**

………………………………….

**11. Heeft u inentingen/vaccinatie gehad? (In welk jaar en waarvoor? Hoe reageerde u hierop?)**

………………………………….

**12. Bent u ook ergens anders onder behandeling?**

Zie vragen hieronder.

**12.a. Nee/Ja, waarvoor:**

………………………………….

**12.b. Bij wie (soort specialist):**

………………………………….

**12.c. Wat is de (eventuele) diagnose?**

………………………………….

**12.d. Geneesmiddelen:**

Maakt u gebruik van voorgeschreven medicatie, homeopathische middelen?

………………………………….

**13. Komt de klacht in uw familie voor?**

Bijvoorbeeld bij kinderen, ouders, ooms/tantes, opa's oma's?

………………………………….

**14. Wat is uw dominerende emotie? (welke emotie overheerst bij u?)**

Er kunnen meerdere antwoorden mogelijk zijn:

[ ]  Angstig

[ ]  Zelfvertrouwen

[ ]  Piekeren/tobben

[ ]  Opvliegend of snel geïrriteerd

[ ]  Onrustig/ongeduldig

[ ]  Vrolijk

[ ]  Huilerig

[ ]  Bezorgd over de toekomst

[ ]  Jaloezie

[ ]  Stoer

[ ]  Anders: ………………………………….

**15. Verergert de klacht bij wind of bij andere weersveranderingen?**

Zie vragen hieronder:

**15.a. Klimaat factor:**

Graag invullen bij welke klimaatfactor de klacht verergert.

[ ]  Hitte

[ ]  Vocht

[ ]  Droogte

[ ]  Koude

[ ]  Wind

[ ]  N.v.t.

**15.b. Jaargetijden:**

Graag invullen bij welk jaargetijde de klacht verergert.

[ ]  Zomer

[ ]  Nazomer

[ ]  Herfst

[ ]  Winter

[ ]  Lente

[ ]  N.v.t.

**15.c. Tijdstip van de dag:**

Graag invullen op welk tijdstip van de dag de klacht verergert.

………………………………….

**15.d. Verplichtingen:**

Wordt de klacht beter of minder bij verplichtingen?

………………………………….

**15.e. Beweging-rust-inspanning**

Wordt de klacht hierdoor beter of erger? En bij welk soort inspanning?

………………………………….

**16. Hoe zou u uw energieschaal inschatten op een niveau van 1 tot 10?**

[ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

|  |
| --- |
| *Deel C: Uw gezondheid* |

**1. Bent u over het algemeen eerder koud of juist warm?**

[ ]  Koud

[ ]  Warm

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**1.a. Heeft u vaak koude handen en voeten of juist warme handen en voeten?**

[ ]  Koude handen en voeten

[ ]  Warme handen en voeten

[ ]  Koude handen en warme voeten

[ ]  Warme handen en koude voeten

[ ]  Anders: ………………………………….

**1.b. Heeft u rillingen en/of koorts?**

[ ]  Rillingen

[ ]  Koorts

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**2. Transpireert u snel of juist helemaal niet?**

Meerdere antwoorden mogelijk.

[ ]  Geen transpiratie

[ ]  Transpiratie handpalmen

[ ]  Transpiratie voetzolen

[ ]  Transpiratie borst

[ ]  Transpiratie knieholten

[ ]  Transpiratie elleboogholten

[ ]  Anders: ………………………………….

**3. Bijzonderheden hoofd en lichaam**

Soort hoofdpijn

[ ]  Geen hoofdpijn

[ ]  Voorkant, band om het hoofd

[ ]  Achterkant

[ ]  Zijkant

[ ]  Bovenkant

[ ]  Boven de ogen

[ ]  Anders: ………………………………….

**3.a. Tijdstip hoofdpijn**

[ ]  Ochtend

[ ]  Middag

[ ]  Avond

[ ]  Nacht

[ ]  Anders: ………………………………….

**3.b. Verergerende omstandigheden hoofdpijn**

[ ]  Inspanning

[ ]  Rust

[ ]  Beweging

[ ]  Anders: ………………………………….

**3.c. Duizeligheid**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

**3.d. Wanneer bent u duizelig? En hoe uit het zich?**

………………………………….

**3.e. Heeft u hypertensie (hoge bloeddruk)?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

**3.f. Heeft u hypotensie (lage bloeddruk)?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

**3.g. Bent u bekend met bloedarmoede?**

Wat is uw gemiddelde HB?

………………………………….

**4. Faeces**

Deze vragen gaan over uw ontlasting. (Dit is een goede graadmeter voor de gezondheid van een persoon, hoewel hier natuurlijk liever niet over gesproken wordt).

**4.a. Hoeveel keer per dag?**

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

**4.b. Heeft u last van winderigheid?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**4.c. Heeft u last van constipatie?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**4.d. Heeft u last van diarree?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**4.e. Wat kunt u zeggen over de vorm van uw ontlasting?**

Zie afbeelding hieronder en selecteer je type
(Er kunnen meerdere opties mogelijk zijn, per week genomen).

[ ]  Type 1

[ ]  Type 2

[ ]  Type 3

[ ]  Type 4

[ ]  Type 5

[ ]  Type 6

[ ]  Type 7

[ ]  Anders:
………………………………….

**4.f. Treft u wel eens bloed aan in uw ontlasting?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

**4.g. Wat voor kleur heeft uw ontlasting?**

[ ]  Bruine ontlasting

[ ]  Gele ontlasting

[ ]  Groene ontlasting

[ ]  Witte ontlasting

[ ]  Grijze ontlasting

[ ]  Zwarte ontlasting

[ ]  Rode ontlasting

[ ]  Anders: ………………………………….

**4.h. Ruikt de ontlasting?**

Kan iemand direct na jou naar het toilet?

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**4.i. Heeft u slijm in de ontlasting?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**4.j. Zijn er onverteerde etensresten?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**5. Urine**

De onderstaande vragen gaan over urine.

**5.a. Heeft u het gevoel datgene wat u drinkt, dat het er ook weer uitkomt?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**5.b. Wat is de kleur van uw urine?**

[ ]  Waterig

[ ]  Donker

[ ]  Licht gekleurd

[ ]  Bloed in de urine

[ ]  Anders: ………………………………….

**5.c. Wat is de geur van uw urine?**

Gedurende de dag.

………………………………….

**5.d. Heeft u pijn bij het plassen?**

Er kunnen meerdere antwoorden mogelijk zijn.

[ ]  Voor

[ ]  Tijdens

[ ]  Er na

[ ]  Geen pijn

[ ]  Anders: ………………………………….

**6. Borst en buik**

Zie vragen hieronder.

**6.a. Hoesten en slijm**

[ ]  Hoesten met gele (donkere) slijm

[ ]  Hoesten met witte slijm

[ ]  Hoesten zonder slijm

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**6.b. Druk op de borst, uitstraling/last van holtes.**

[ ]  Druk op de borst

[ ]  Uitstraling

[ ]  Last van de holtes

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**6.c. Astma**

[ ]  Astma, lastig met het inademen

[ ]  Astma, lastig bij het uitademen

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**6.d. Last van de volgende aandoeningen, hyperventilatie, longontsteking, hooikoorts, gezwollen klieren?**

[ ]  Hyperventilatie

[ ]  Longontsteking

[ ]  Hooikoorts

[ ]  Gezwollen klieren

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**7. Dieet en smaak**

**7.a. Wat eet u op een dag? En welke graanproducten?**

………………………………….

**7.b. Op welke tijdstippen nuttigt u welke maaltijden?**

Zoals 's ochtends, 's middags en 's avonds.

………………………………….

**7.c. Tussendoortjes?**

Waar bestaan deze uit en op welke tijdstippen?

………………………………….

**7.d. Worden de klachten beter of slechter bij eten?**

[ ]  Beter

[ ]  Slechter

[ ]  Anders: ………………………………….

**7.e. Wat heeft uw voorkeur?**

[ ]  Warm

[ ]  Koud

[ ]  Anders: ………………………………….

**7.f. Voorkeur smaak**

[ ]  Bitter

[ ]  Zoet

[ ]  Scherp

[ ]  Zout

[ ]  Zuur

[ ]  Anders: ………………………………….

**7.g. Voorkeur voedsel**

………………………………….

**7.h. Voedsel allergie**

Graag omschrijven welke allergieën

………………………………….

**7.i. Heeft u last van zuurbranden?**

………………………………….

**7.j. Braken**

Mocht dit voorkomen, graag de kleur en geur omschrijven.

………………………………….

**8. Dorst en drank**

**8.a. Wat drinkt u op een dag? Zie vragen hieronder.**

**Water**

Aantal glazen/koppen

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

 **Thee**

Aantal glazen/koppen

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

 **Frisdrank**

Aantal glazen/koppen

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

 **Koffie**

Aantal glazen/koppen

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

 **Alcohol**

Aantal glazen/koppen

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

 **Zuivel**

Aantal glazen/koppen

[ ]  0 - [ ]  1 – [ ]  2 – [ ]  3 – [ ]  4 – [ ]  5 – [ ]  6 – [ ]  7 – [ ]  8 – [ ]  9 - [ ]  10

**8.b. Voorkeur**

[ ]  Warm of koud

[ ]  Warm

[ ]  Koud

[ ]  Anders: ………………………………….

**8.c. Drinkt u met grote teugen (glas is snel leeg), of met kleine slokjes?**

[ ]  Grote teugen

[ ]  Kleine slokjes

[ ]  Anders: ………………………………….

**8.d. Droge mond**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**8.e. Dorst**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**8.f. Roken, drugs**

Graag hieronder aanvinken wat voor u van toepassing is.

[ ]  Roken

[ ]  Drugs

[ ]  Anders: ………………………………….

**9. Hoe gaat het slapen?**

Zie vragen hieronder.

**9.a. Heeft u last van slapeloosheid?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**9.b. Inslapen, doorslapen, vroeg op**

Aanvinken wat voor u van toepassing is.

[ ]  Moeite met inslapen

[ ]  Moeite met doorslapen

[ ]  Vroeg op

[ ]  N.v.t.

[ ]  Anders: ………………………………….

**9.c. Dromen**

Geef hier een omschrijving van uw dromen, droomt u veel, onrustig, angstaanjagende dromen etc.

………………………………….

**9.d. Rusteloos**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**9.e. Slaperig overdag (evt. met zwaarte gevoel)**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Ja, met zwaarte gevoel

[ ]  Anders: ………………………………….

**9.f. Slaperig na het eten?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

**9.g. Vast tijdstip wakker?**

Graag aangeven welk tijdstip

………………………………….

**9.h. Wordt u uitgerust wakker?**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

**10. Oren en ogen**

Zie vragen hieronder.

**10.a. Doofheid, chronisch/plots**

[ ]  Chronisch

[ ]  Plots

[ ]  Anders: ………………………………….

**10.b. Tinnitus, hoge of lage toon**

[ ]  Hoge toon

[ ]  Lage toon

[ ]  Anders: ………………………………….

**10.c. Zien, wazig/helder**

[ ]  Wazig

[ ]  Helder

[ ]  Anders: ………………………………….

**10.d. Jeuk ogen**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**10.e. Droge ogen**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**10.f. Branderig gevoel ogen**

[ ]  Ja

[ ]  Nee

[ ]  Anders: ………………………………….

**11. Pijn**

Soort pijn:

[ ]  Zeurend vaag, hele gebied voelt beurs/blauwe plek

[ ]  Brandende pijn

[ ]  Wisselende pijn

[ ]  Stekende pijn

[ ]  Kloppende pijn

[ ]  Zwaar en vol

[ ]  Anders: ………………………………….

**12. Vrouw**

Alleen door vrouwen in te vullen, zie vragen hieronder. Voor mannen alleen de eerste vraag invullen.

**12.a. Mannen / Vrouwen**

Geslachtsorganen, pijn, jeuk, ooit geslachtziekten gehad, prostaat, vruchtbaarheid, verlaagde of verhoogde seksuele behoeften?

………………………………….

**12.b. Cyclus**

[ ]  Wisselend

[ ]  Regelmatig

[ ]  Anders: ………………………………….

**12.c. Menstruatie**

Pijnlijk voor, tijdens of na de menstruatie. Er kunnen meerdere antwoorden mogelijk zijn.

[ ]  N.v.t.

[ ]  Voor

[ ]  Tijdens

[ ]  Er na

[ ]  Anders: ………………………………….

**12.d. Soort pijn, tijdens menstruatie.**

[ ]  Hoofdpijn

[ ]  Buikpijn

[ ]  Anders: ………………………………….

**12.e. Hoeveelheid en kleur**

Er kunnen meerdere antwoorden mogelijk zijn.

[ ]  Donker

[ ]  Licht

[ ]  Veel

[ ]  Weinig

[ ]  Anders: ………………………………….

**12.f. Kwaliteit menstruatie**

[ ]  Klonters

[ ]  Waterig

[ ]  Troebel

[ ]  Anders: ………………………………….

**12.g. Zijn er bijzonderheden te vertellen over de bevalling**

[ ]  Ingescheurd

[ ]  Ingeknipt tijdens de bevalling

[ ]  Abortus

[ ]  Anders: ………………………………….

**12.h. Overgangsklachten**

Indien van toepassing hier graag uw overgangsklachten omschrijven.

………………………………….

**12.i. Kinderen, indien van toepassing.**

Zijn er problemen of traumatische gebeurtenissen geweest? En wanneer zijn deze ontstaan?

………………………………….