



p/a Past. V. Massenhovenstraat 4 5706 TV HELMOND  
06-17 632 650

#### INTAKE FORMULIER:

Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk invullen.

Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u worden besproken.

Uiteraard blijven de gegevens strikt persoonlijk. Bedankt voor uw medewerking.

**\*LET OP: wij adviseren u ALTIJD om uw behandelend arts/apotheker op de hoogte te stellen dat u een ondersteunende behandeling met JDK.CBD/thc producten wilt gaan starten!**

#### PERSOONLIJKE GEGEVENS:

Achternaam: Voornaam: m/v

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboortedatum: Geboorteplaats:

Telefoonnummer: E-mail adres:

Huisarts: Tel. Huisarts:

Specialist: Tel. Specialist:

Medicijn gebruik:

supplementen gebruik:

Door wie bent u over ons geïnformeerd?

**KLACHTEN:**

Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

Als u pijn heeft, kunt u de pijn omschrijven?  
(stekend/brandend/zeurend/schietend/kloppend/beklemmend)

Is er regelmaat in uw klachten?

Welke omstandigheden geven verbetering?  
(bijv. koude/warmte/rust/stress/houding etc.)

Wat verergert uw klachten?

Hoe voelt u zich in het algemeen?  
(verdrietig/angstig/rusteloos/geïrriteerd etc.)

Zijn er momenten op een dag van inzinking?

Zo ja, wanneer?

Wordt u 's nachts wakker? Hoe laat?

Hoe is uw stoelgang?

Heeft u allergiën?

Rookt u? zo ja, hoeveel?

Drinkt u? zo ja, hoeveel?

Gebruikt u drugs? Zo ja, welke en hoeveel?

**FAMILIAIRE ZIEKTEN:**

Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, diabetes, huidaandoeningen)  
en niet erfelijke aandoeningen

Moeder:

Vader:

Overige familieleden:

## ZIEKTEGESCHIEDENIS:

Wilt u op deze pagina aanvinken wat voor u van toepassing is.

oud:	recent:	algemeen:	oud:	recent:	maag/darmen:
		Hoofdpijn waar in het hoofd? Slapeloosheid slecht inslapen gewichtsverandering duizeligheid vermoeidheid dubbel/vaag zien allergie			darmontsteking verstopping diarree droge mond opgezette buik misselijkheid winderigheid buikpijn/krampen borrelende buik maagzuur
oud:	recent:	luchtwegen/kno	oud:	recent:	spieren/gewricht
		ademnood chronisch hoesten chronisch verkouden astma keelpijn/onsteking voorhoofdholte ontsteking oorsuizen			gespannen spieren slappe spieren lage rugpijn nekpijn tinteling/uitstraling gewrichtspijn spierpijn/krampen beweeg beperking reuma
oud:	recent:	hart en bloedvaten	oud:	recent:	huid
		bloeddruk hoog bloeddruk laag opgezette klieren aderverkalking onregelmatige hartslag beklemmend gevoel op borst hartkloppingen koude handen/voeten spataders vocht vasthouden			eczeem/uitslag snel blauwe plek droge huid transpiratie jeuk brose nagels haaruitval
oud:	recent:	urinewegen	oud:	recent:	gesteldheid
		nierinfectie/stenen pijn bij plassen prostaatklachten			zenuwachtig depressief overbezorgdheid

blaasontsteking  
 geslachtsziekte  
 verandering urine  
 verandering libido

concentratie zwakte  
 geheugen klachten  
 angst  
 veel piekeren  
 lusteloosheid

oud:            recent:    vrouw

zwanger  
 pijnlijke menstruatie  
 onregelmatige menstruatie  
 langdurige menstruatie  
 pijnlijke borsten  
 witte vloed

oud:            recent:    gesteldheid

opkroppen  
 weinig zelfvertr.  
 verdriet/droefheid  
 besluiteloosheid  
 geïrriteerdheid  
 opvliegers

Kunt u in chronologische wijze opschrijven welke ziekten, operaties en behandelingen u gehad heeft. Ook kleine zaken kunnen van belang zijn.  
 Vermeld u ook eventuele kinderziekten, zwangerschappen en verloop daarvan  
 belangrijke ontwikkelingen in uw leven zoals oa echtscheiding, overspannen, depressie, etc.

leeftijd:            omschrijving:

**NOTITIES IN TE VULLEN DOOR MOTHER NATURE'S FINEST:**

DATUM:

OMSCHRIJVING:

## **PRIVACY / TOESTEMMINGS FORMULIER:**

In verband met de nieuwe privacy wet die op 25 mei 2018 ingaat vragen wij u het volgende formulier in te vullen, als dit formulier niet is ingevuld kunnen wij uw intake formulier niet in behandeling nemen.

### **TER INFORMATIE:**

Alle gegevens die u in bovenstaand formulier heeft ingevuld worden uitsluitend door Mother Nature's Finest ingezien en verwerkt, deze gegevens worden niet met derde gedeeld tenzij op uw verzoek, een verzoek hiertoe kunt u schriftelijk doen.

Het betreft uw NAW gegevens, telefoonnummer, mailadres, naw gegevens arts/specialist, gezondheidsgegevens, enz... vermeld op dit formulier.

Deze gegevens worden in een afsluitbare archiefkast bewaard en u heeft ten aller tijde het recht om uw intake formulier in te zien, gegevens aan te vullen, retour te ontvangen.

Uw gegevens worden uitsluitend gebruikt om een advies te geven welke ondersteunende behandeling mogelijk is en bij ieder (telefonisch) consult worden deze aangevuld met hetgeen besproken is.

Uw gegevens worden NIET gebruikt voor reclamedoeleinden.

### **Graag vragen wij u volgende vragen te beantwoorden:**

BENT U 18 JAAR OF OUDER?	JA / NEE
U BENT VOLDOENDE GEÏNFORMEERD OVER HOE UW PERSOONLIJKE GEGEVENS DOOR MOTHER NATURE'S FINEST VERWERKT EN BEWAARD WORDEN?	JA / NEE
U GEEFT MOTHER NATURE'S FINEST TOESTEMMING OM UW PERSOONLIJKE GEGEVENS TE BEWAREN EN BIJ VERVOLG CONSULTEN TE GEBRUIKEN/AAN TE VULLEN?	JA / NEE
U BENT OP DE HOOGTE DAT DEZE GEGEVENS UW EIGENDOM ZIJN EN DAT U DEZE TEN ALLER TIJDE KUNT TERUGVRAGEN?	JA / NEE
U BENT OP DE HOOGTE DAT MOTHER NATURE'S FINEST UW GEGEVENS NIET MET DERDE DEELT, TENZIJ OP UW VERZOEK (VERZOEK HIERVOOR KUNT U SCHRIFTELIJK DOEN)	JA / NEE
U BENT OP DE HOOGTE DAT DEZE GEGEVENS BEWAARD WORDEN TOTDAT U ZELF DEZE GEGEVENS TERUG VRAAGT VAN MOTHER NATURE'S FINEST?	JA / NEE

**ONDERTEKENING:**      NAAM:

DATUM:.....

HANDTEKENING:.....