



## **Intake formulier Guasha therapie**

Aangezien ons streven is u naar beste vermogen optimaal te kunnen begeleiden, verzoeken wij u de volgende vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden en ondertekend mee te nemen.

Naam \_\_\_\_\_ Roepnaam \_\_\_\_\_ Man/Vrouw

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Heeft u corona gehad? Ja/nee

Wanneer \_\_\_\_\_

Bent u gevaccineerd Ja/Nee

Datum? \_\_\_\_\_

1. Uw belangrijkste reden voor het consult \_\_\_\_\_

Wat zijn de belangrijkste symptomen van uw klacht \_\_\_\_\_

Bijkomende redenen \_\_\_\_\_

Hoe lang heeft u er al last van? \_\_\_\_\_

Wat maakt het ziektebeeld/klacht erger of beter? \_\_\_\_\_

2. Welke behandelingen heeft u tot nu toe gehad of heeft u nog \_\_\_\_\_

En wat was/is het resultaat ervan? \_\_\_\_\_

Heeft u in de laatste tien jaar een ernstige ziekte gehad?

Zo ja, welke \_\_\_\_\_



3. Bent u onder doktersbehandeling? Zo ja, waarvoor

---

4. Heeft u ooit een operatie ondergaan? Zo ja, wanneer en waarvoor?

---

5. Bent u ooit onder behandeling van een psychiater/psycholoog geweest?  
Zo ja, wanneer en waarvoor?

---

Heeft (had) u een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?

---

6. Bent u allergisch? Zo ja, waarvoor?

---

7. Heeft u hartklachten? Ja/Nee  
Heeft u een bloedziekte? Ja/Nee

8. Is uw bloeddruk te hoog/ te laag?  
9. Heeft u een nierziekte? Ja/Nee

10. Bent u (vaak) vermoeid? Ja/Nee  
11. Heeft/had u een hernia of onderrugklachten? Ja/Nee

12. Gebruikt u bloedverdunners? Ja /Nee  
Zo ja, welke en waarvoor

---

13. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, waarvoor?

---

---

14. Gebruikt u drugs? Ja/Nee

15. Bent u zwanger (vrouw)? Ja/Nee  
Is de menstruatie regelmatig of onregelmatig (vrouw)? Ja/Nee

16. Kwaliteit van de nachtrust:  
Wordt u regelmatig wakker? Zo ja, welk tijdstip? .....  
Valt u moeilijk in slaap? Ja/Nee

17. Hoe is uw energieniveau? Normaal/altijd laag/laag op een bepaald moment  
Nl \_\_\_\_\_

18. Hoe staat het met uw lichaamstemperatuur?  
Vaak warm / vaak koud /afkeer van warmte / afkeer van koude / last van koude of warmte in bepaalde lichaamsdelen nl \_\_\_\_\_

19. Transpireren: Overdag of 's-nachts, na inspanning of juist niet  
en in welke gebieden van het lichaam?

---



20. Heeft u een gezonde eetlust?

Ja/Nee

21. Heeft u de nodige lichaamsbeweging door regelmatig te wandelen /fietsen?

---

Overige opmerkingen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Door het ondertekenen gaat u akkoord voor behandeling.

Aldus naar waarheid ingevuld,

De (datum) \_\_\_\_\_

te \_\_\_\_\_ (plaats)

Uw handtekening:

.....