**Hallo en welkom!**

Super dat je de stap zet om te werken aan je gezondheid! Deze intakevragenlijst is een startpunt en helpt mij om je persoonlijke situatie beter te begrijpen, zodat we samen kunnen werken aan een plan dat is afgestemd op jouw behoeften en doelen.

In de vragenlijst gaan we in op verschillende aspecten van je gezondheid. Het is belangrijk om eerlijk en volledig te antwoorden, zodat ik je optimaal kan ondersteunen in je traject naar een gezonde balans.

Ik kijk ernaar uit om je te begeleiden op jouw pad naar een gezonder leven!

De ingevulde vragenlijst mag je mailen naar [gezondmetrenee@gmail.com](mailto:gezondmetrenee@gmail.com)

Heel graag tot binnenkort!

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Persoonsgegevens:**

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.  
Geboortedatum:Klik of tik om een datum in te voeren.

Datum van vandaag:Klik of tik om een datum in te voeren.

Huisarts: Klik of tik om tekst in te voeren.

Mutualiteit: Klik of tik om tekst in te voeren.  
Woongemeente: Klik of tik om tekst in te voeren.

Hoe heb je de praktijk gevonden?Klik of tik om tekst in te voeren.

Indien je werd doorverwezen, door wie? Klik of tik om tekst in te voeren.

Bezorg me eventueel een verwijsbrief, relevante verslagen, recente laboresultaten en/of een medicatielijst.

**Reden van afspraak:**

1. **Wat is je belangrijkste vraag of klacht?**

Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **Heb je nog bijkomende vragen of klachten?**

Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **Wat heb je zelf al geprobeerd? Wat waren je ervaringen of resultaten?**

Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **Word je voor je klachten behandeld of opgevolgd door een professional? Zo ja, wie?**Ja: Klik of tik om tekst in te voeren.

Nee

**Medische achtergrond:**

1. **Heb je een langdurige fysieke of mentale gezondheidsproblemen?**  
   Ja: Klik of tik om tekst in te voeren.  
   Nee
2. **Welke medicatie, anticonceptie, supplementen en/of kruidenpreparaten neem je?**

Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **Heb je in het verleden een ongeval, operatie of ernstige ziekte/infectie doorgemaakt?**   
   Ja: Klik of tik om tekst in te voeren.

Nee:

1. **Heb je allergieën of intoleranties?**Voeding:Klik of tik om tekst in te voeren.  
   Niet-voeding: Klik of tik om tekst in te voeren.

Geen

1. **Ben je frequent ziek of verkouden?**Ja  
   Nee
2. **Heb je last van chronische ontstekingen (pezen, gewrichten, blaas,...)?**

Ja: Klik of tik om tekst in te voeren.

Nee

1. **Ervaar je last van je maag?**  
   Reflux   
   Maagpijn   
   Misselijkheid   
   Trage maaglediging/vol gevoel  
   Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.
2. **Ervaar je last van je darmen?**  
   Buikkrampen, buikpijn  
   Opgeblazen buik   
   Winderig   
   Sterk ruikende winden  
   Diarree  
   Constipatie   
   Wisselende stoelgang   
   Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.
3. **Is je stoelgangspatroon regelmatig?**  
   Ja   
   Nee
4. **Ervaar je problemen met je huid, haar of nagels?**   
   Droge, ruwe of schilferige huid   
   Eczeem of psioriasis   
   Acne   
   Huidschimmel   
   Schimmelnagel   
   Broze of afbrekende nagels   
   Dunner wordend haar, haaruitval   
   Overmatige gezichtsbeharing (vrouw)
5. **Ben je kouwelijk?**   
   Ja  
   Koude handen en voeten   
   Nee
6. **Hoe is je bloeddruk?**   
   Normaal   
   Laag  
   Hoog

**Stress en slaap**

1. **Hoe zou je je energiepeil omschrijven?**   
   Uitstekend: Ik barst van de energie, de hele dag door.   
   Goed: Ik voel energiek en in balans.   
   Gemiddeld: Ik voel me redelijk, met wat ups en downs.  
   Laag: Ik heb moeite om de dag door te komen.   
   Zeer laag: Ik voel me uitgeput en futloos, zelfs na rust.
2. **Heb je energiedips? Zo ja, wanneer?**

Ja: Klik of tik om tekst in te voeren.

Nee

1. **Hoe vaak ervaar je stress in je dagelijkse leven?**  
   Nooit  
   Af en toe  
   Vaak   
   Altijd
2. **Op welk levensgebied ervaar je voornamelijk stress?**   
   Werk  
   Gezin of relaties   
   Financiën  
   Gezondheid  
   Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.
3. **Voel je je vaak:**   
   Lusteloos, weinig daadkrachtig  
   Gejaagd, prikkelbaar  
   Angstig, paniekerig   
   Neerslachtig, verdrietig  
   Mijd sociaal contact   
   Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.
4. **Kan je gemakkelijk ontspannen?**   
   Ja  
   Nee
5. **Hoe vaak maak je tijd om te ontspannen?**   
   Dagelijks  
   Meestal  
   Soms  
   Zelden  
   Nooit
6. **Wat doe je in je vrije tijd?**   
   Klik of tik om tekst in te voeren.
7. **Wanneer je gestrest of vermoeid bent, grijp je dan vaak naar :**   
   Snoep, snacks, eten  
   Cafeïne   
   Alcohol

Roken  
Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.   
Nee

1. **Heb je last van eetbuiten of binge eating?**  
   Ja, ik heb hier regelmatig last van  
   Nee
2. **Is je slaappatroon regelmatig?**   
   Ja, ik ga (bijna) dagelijks op ongeveer hetzelfde tijdstip naar bed en sta op hetzelfde tijdstip op.  
   Nee, mijn bedtijd en opsta-tijd varieert vaak.   
   Ik werk in shiften, waardoor mijn slaappatroon erg fluctueert.
3. **Hoeveel uren slaap je gemiddeld?** Klik of tik om tekst in te voeren.
4. **Hoe vaak ervaar je de volgende slaapproblemen?**

Moeite met in slaap vallen:

Nooit  
Af en toe   
Vaak   
Altijd

Slecht doorslapen of te vroeg wakker worden:  
Nooit   
Af en toe   
Vaak   
Altijd

Moeite met vroeg opstaan:  
Nooit   
Af en toe   
Vaak   
Altijd

Gevoel van vermoeidheid na het ontwaken:  
Nooit   
Af en toe   
Vaak   
Altijd

**Levensstijl**

1. **Heb je zittend of staand werk?**   
   Overwegend zittend   
   Overwegend staand   
   Zware fysieke arbeid   
   Ik werk niet
2. **Wat doe je van beweging en/of sport?** Klik of tik om tekst in te voeren.
3. **Hoe vaak drink je alcohol?**  
   Dagelijks …glazen   
   Wekelijks … glazen   
   Maandelijks … glazen   
   Sporadisch   
   Nooit
4. **Rook je?**   
   Ja   
   Nee   
   Gestopt op ….

**Vrouwen**

1. Heb je cyclusgebonden klachten?  
   PMS   
   Onregelmatige cyclus  
   Hevige bloedingen   
   Menstruele pijn   
   Moodswings   
   Craving  
   Pijnlijke borsten  
   Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.
2. Ervaar je overgangsklachten?  
   Stemmingsschommelingen   
   Concentratiestoornissen   
   Opvliegers   
   Nachtelijk zweten   
   Vaginale droogte   
   Gewichtstoename  
   Andere:Klik of tik om tekst in te voeren.

**Wil je zelf nog iets delen**? Klik of tik om tekst in te voeren.