**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

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.