|  |
| --- |
| *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?

………………………………….