

## Intakeformulier Antisnurk Centrum

### PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam: Dhr./Mevr.	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geboortedatum:	
Huisarts:	
Lengte:	
Gewicht:	
Snurken sinds:	

Wanneer is het snurken begonnen?

.....

Wanneer ervaart u het snurken?

.....  
.....

Wanneer snurkt u?

Rug/zij/Buik ligging?

Open of met gesloten mond?

.....

Op welke tijdstip(pen) in de nacht snurkt u?

.....

In welke slaappositie snurkt u?

.....

Wat is uw voorkeurspositie om te slapen?

.....

Wanneer is het snurken meer?

.....  
.....

Wanneer is het snurken minder?  
.....

Heeft u last van slijm of slijm ophoesten?  
.....

Is de ademhaling regelmatig? Waar zit de ademhaling, hoog of laag?  
.....

Ervaart u hoofdpijnklachten? Zo ja, waar?  
.....

Ervaart u schouderklachten? Zo ja, waar?  
.....

Ervaart u nekkklachten? Zo ja, waar?  
.....

Ervaart u klachten aan de bovenzijde van de borstkas? Zo ja, waar?  
.....

Ervaart u lage rugklachten? Zo ja, waar?  
.....

Ervaart u darm/buik klachten? Zo ja, waar?  
.....

Ervaart u klachten rond of op de enkel?  
.....

Bent u vaak moe of lusteloos? Zonder energie?  
.....  
.....

Is/zijn er orga(a)n(en) operatief verwijderd? Zo ja, welk(e):  
.....

Hoe vaak en hoe veel gebruikt u alcoholische dranken?  
.....

Wanneer snurkt u? Is het dagelijks? Is er eventueel een verband te leggen met andere zaken?  
.....  
.....

Hoe gaat het slikken?  
.....

Welke medicijnen gebruikt u?

.....  
.....

Verergeren de klachten bij:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Warmte/kou  | <input type="checkbox"/> Stress          |
| <input type="checkbox"/> Mist        | <input type="checkbox"/> Planten/bloemen |
| <input type="checkbox"/> Rook/geuren | <input type="checkbox"/> Inspanning      |
| <input type="checkbox"/> Huisdieren  | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid    |

Anders.....

Zijn de klachten tijdelijk minder geworden? Zo ja, wanneer was dat? En voor hoe lang?

.....  
.....

Waren er afwijkende of veranderde omstandigheden? Zo ja, welke?

.....  
.....

Heeft u nog andere klachten, zoals:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tandknarsen/kaakklappen | <input type="checkbox"/> Rusteloze benen |
| <input type="checkbox"/> Blaasklachten           | <input type="checkbox"/> Darmklachten    |
| <input type="checkbox"/> Hooikoorts              | <input type="checkbox"/> Longen          |
| <input type="checkbox"/> Schouderklachten        | <input type="checkbox"/> Schouderblad    |
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn               | <input type="checkbox"/> Migraine        |
| <input type="checkbox"/> Kortademigheid          | <input type="checkbox"/> Balans          |
| <input type="checkbox"/> Armen                   | <input type="checkbox"/> Vingers         |
| <input type="checkbox"/> Eczeem, plaats.....     | <input type="checkbox"/> Gehoor/oren     |
| <input type="checkbox"/> Snel boos               | <input type="checkbox"/> Roepen          |

Hoe verlopen/verliepen de menstruatiecycli?

.....  
.....

Heeft/had u een regelmatige of onregelmatige cyclus?

.....

Gebruikt u anticonceptiemiddelen?

.....

Hoe verliepen de zwangerschap(pen)?

.....

Bent u op een natuurlijke wijze bevallen of via een keizersnede?

.....

Heeft u moeite met slapen? ja/nee

Inslapen/doorslapen

Vroeg wakker, namelijk om.....  
Heeft u moeite met concentratie? ja/nee

Rookt u? ja/nee  
Bent u.....?            linkshandig/rechtshandig

Hoeveel uur per week sport u en welke sport doet u?  
.....

Hoelang doet u al aan sport?  
.....

Kunt u de sportactiviteit omschrijven? (Denk daarbij aan intensiviteit en trainingsomvang)  
.....  
.....

Ondervindt u veel stress in uw dagelijkse leven?  
.....  
.....

Heeft u last van of in het verleden last gehad van  
O Hartklachten

O Diabetes

O Bloeddrukproblemen

    Indien Ja, omcirkel: hoog/laag/gecontroleerd

O Bent u (Mogelijk) zwanger?

O Kaak- of aangezichtsreconstructie of chirurgie

O Vroegere of aanwezige fracturen of (gewrichts)vervanging

O Implantaten bv. borst, pacemaker; transplantatie nier/.....

O Operaties in de afgelopen 6 maanden

O Hernia's

O Spiertrekkingen, wegrakingen of convulsies

O Osteoporose

O Migraine of andere ernstige hoofdpijnen

OVEREENKOMST THERAPEUT - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Tussentijdse veranderingen zal ik direct doorgeven aan de therapeut. Ik begrijp dat deze therapie enkel voor het doel is zoals hierboven beschreven. Het is geen vervanging voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose. Deze therapie mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de therapeut het direct laten weten als ik tijdens de behandeling pijn of ongemak ervaar.

Ik ben er mij van bewust dat ik op de blote huid wordt behandeld. Dit betekent dat het ondergoed (onderbroek en BH) aangehouden kan worden. Dat de ontblote delen van het lichaam zoveel mogelijk worden afgedekt met een handdoek.

Ik ben op de hoogte van de massage voorwaarden. (Deze zijn terug te vinden op <http://www.praktijkspportifit.nl/wp-content/uploads/2019/05/Massage-voorwaarden.pdf>)

Handtekening cliënt: .....

Datum: .....

Handtekening massagetherapeut: .....

Datum: .....