

INTAKE FORMULIER

EMB - Bloedtest



Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Lengte:

Gewicht:

Wat is voor jou het doel van de emb-bloedtest? Wat hoop je eruit te halen? Omschrijf hier ook je eventuele klachten.

Wat is je grootste klacht?

Geef jezelf een cijfer van 1-10 op onderstaande facetten van je leven. Hoe vind jij op dit moment dat je ervoor staat op deze gebieden?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mentaal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysiek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wat voor werk doe je(indien van toepassing)?

Omschrijf hier kort hoeveel uur je werkt, werk je regelmatig of onregelmatig en in welke branche werk je?

Omschrijf kort je huishouding/thuissituatie. Heb je een partner en of kinderen? Indien kinderen, in welke leeftijd?

Medische/reguliere diagnoses

Beschrijf hier of je chronische aandoening of ziektes onder de leden hebt. Denk aan auto -immuunziektes, allergieën etc.

Heb je een actieve kinderwens?

Heb je wel eens en ongeluk gehad?
Zo ja, geef hier een korte omschrijving.

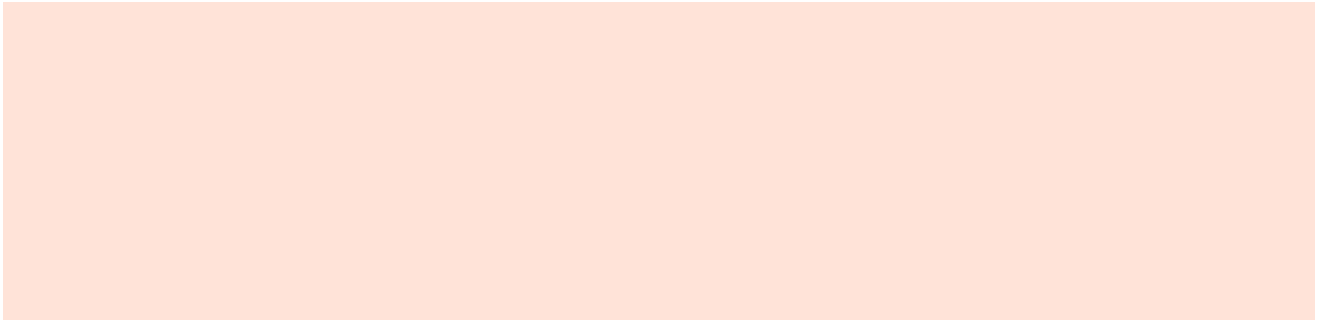
Ben je weleens geopereerd geweest.
Zo ja, waaraan?

Slik je medicatie? Zo ja waarvoor, welke en wat is de dosering?

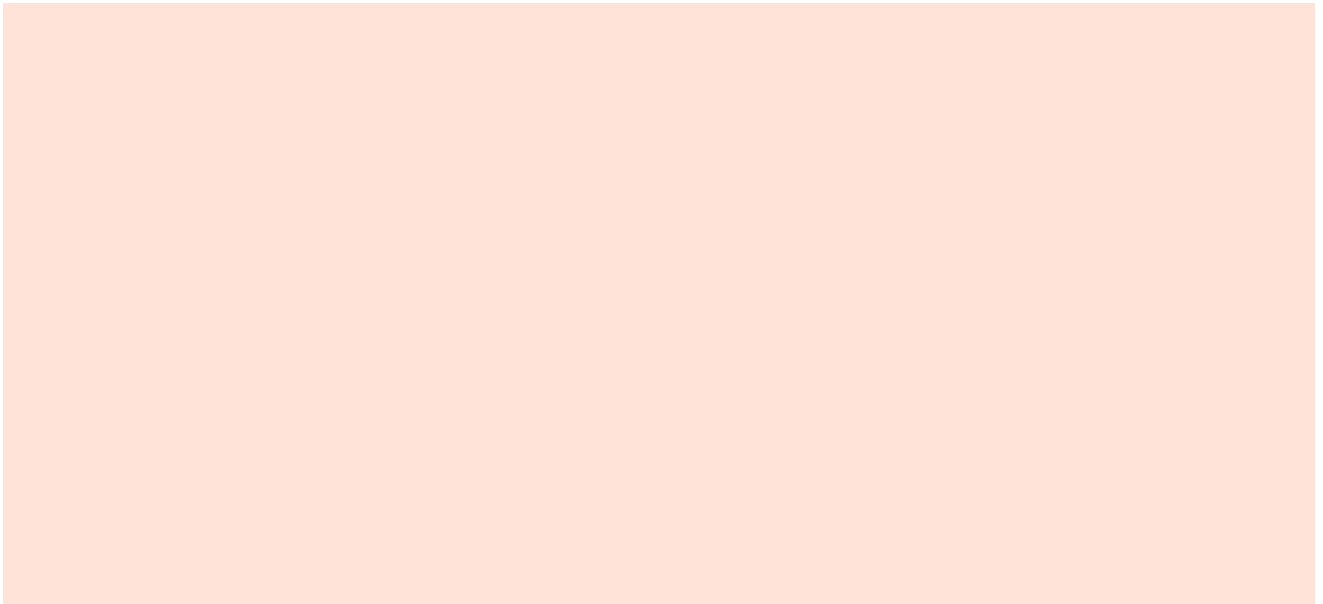
Gebruik je anticonceptie? Zo ja, welke?

Gebruik je supplementen? Zo ja, wat precies en van welk merk?

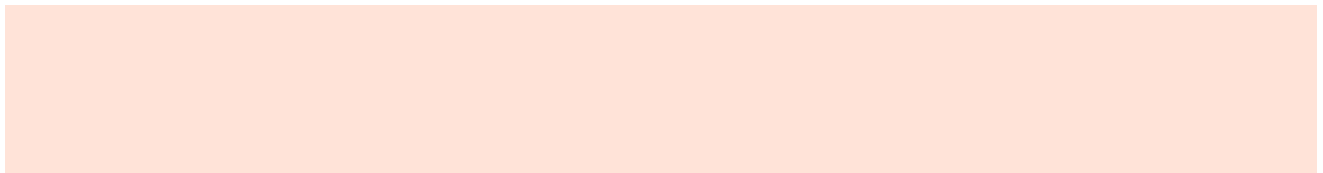
Wat zijn je overige klachten? Omschrijf zo uitgebreid mogelijk.



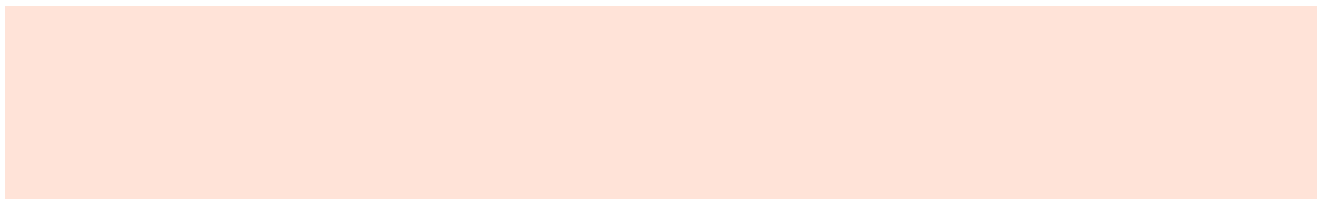
Hoe verloopt menstruatie: is deze bijvoorbeeld regelmatig of niet. Hoeveel dagen heb je bloedingen? Heb je klachten rond de menstruatie? Zo ja welke?



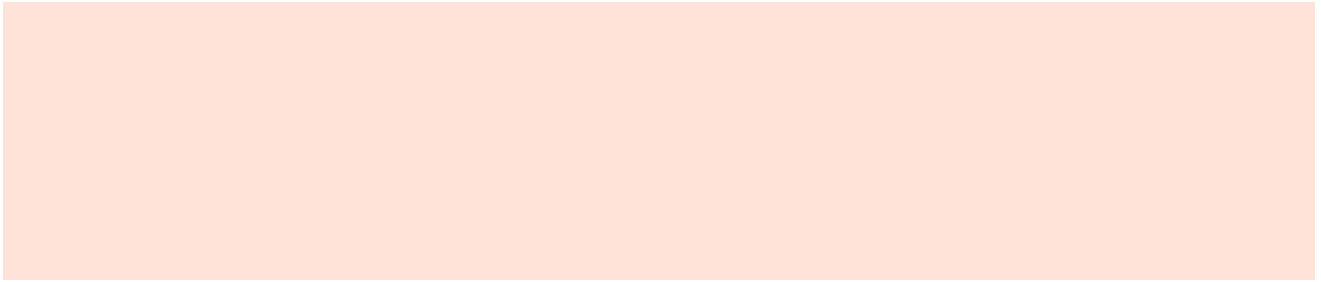
Hoe is je ontlastingspatroon? Omschrijf de frequentie en de structuur.



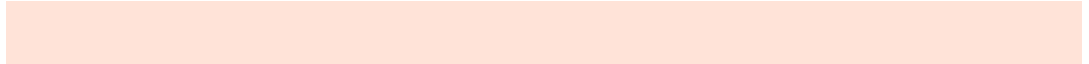
Hoe slaap je? Slaap je goed in en door bijvoorbeeld?



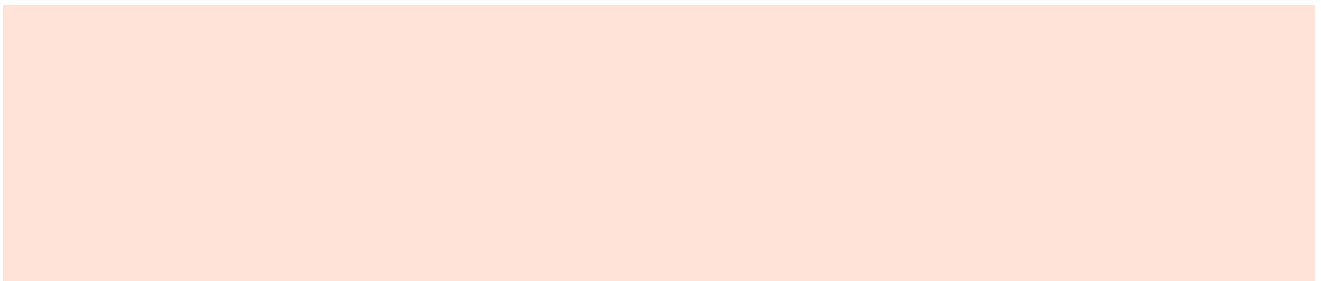
Wat doe je precies aan beweging?



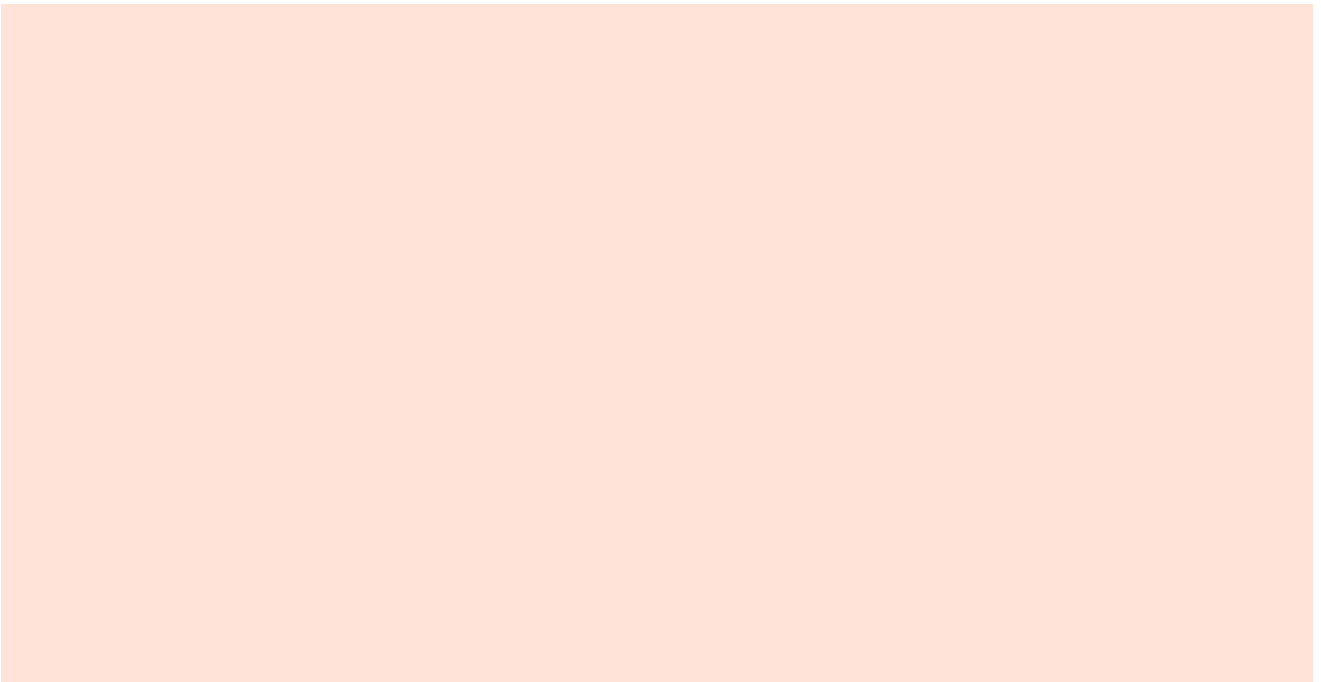
Rook je?



Drink je? Zo ja, hoe veel en hoe vaak?



Zijn er nog dingen van belang
die je graag kwijt wilt en die niet aan bod zijn gekomen?

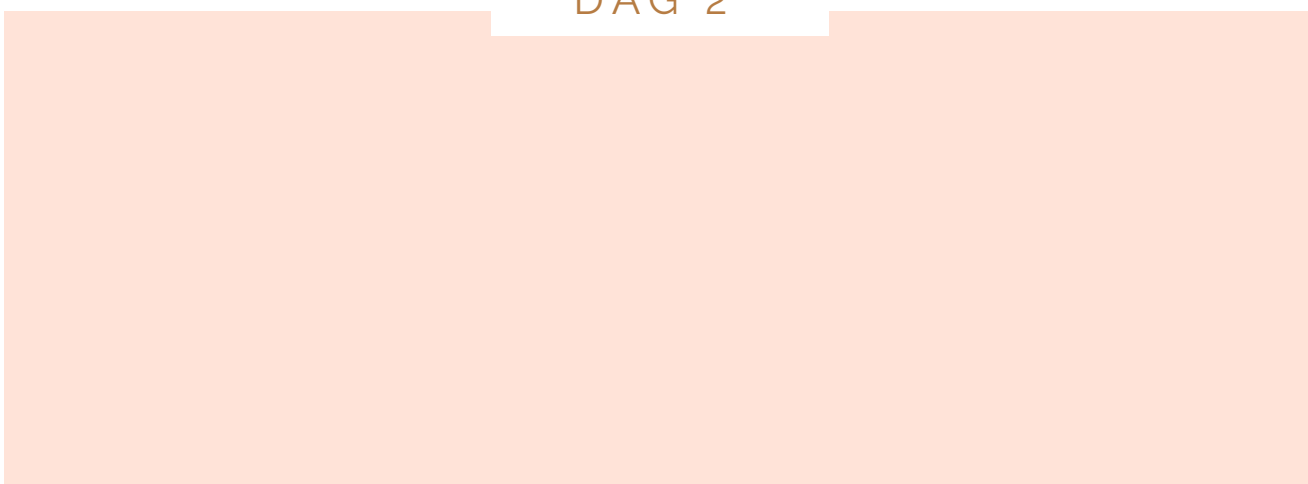


Vul hier je eet & drink dagboek in van de afgelopen 3 dagen
Ik wil graag alles weten wat je tot je neemt.

DAG 1



DAG 2



DAG 3

