# Afbeelding met tekening, schets, zwart, kunst  Automatisch gegenereerde beschrijvingAfbeelding met tekst, Lettertype, logo, Graphics  Automatisch gegenereerde beschrijving

Datum ...........................................................

 Intakeformulier

Voornaam ........................................................... Achternaam ................................................................................................

Geboortedatum ..................................................Beroep .........................................................................................................

Adres ...............................................................................................................................................................................................

Postcode ..............................................................Plaats ............................................................................................................

Telefoon ….......................................................... E-mail............................................................................................................

Sport/Hobby’s...............................................................................................................................................................................

**Medische geschiedenis**

Wat is de belangrijkste ziekte waarvoor je komt?

[ ] Astma [ ] Longemfyseem [ ] Chronische Bronchitis

[ ] Hyperventilatie [ ] Chronische vermoeidheid/ME [ ] Hooikoorts

[ ] Anders: ...................................................................................................................................................................

Omschrijf je klachten in het kort?

 ............................................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................................

Op welke leeftijd kreeg je voor het eerst deze klachten?

Toen ik …….. jaar oud was.

Hoeveel invloed vind je dat deze klachten hebben op je kwaliteit van leven?

(erg weinig) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (erg veel)

Hoeveel last heb je de laatste maanden van deze klachten?

(erg weinig) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (erg veel)

Heb je ooit in het ziekenhuis gelegen voor deze klachten?

[ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, hoe vaak? ........................................................................................................................................................

Zo ja, wanneer voor het laatst? ...........................................................................................................................

Wanneer heb je voor het laatst cortisonen genomen, oraal of via een injectie? (bijv. Prednison,

Prednisolon, Methylprednison) ............................................................................................................................

Heb je last van allergieën?

[ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, welke? ..............................................................................................................................................................Van welke andere ziektes heb je last (of last gehad?)?

[ ] Hartproblemen [ ] Hoge bloeddruk [ ] Lage bloeddruk

[ ] Nierziekte [ ] Depressie [ ] Zwakke schildklier

[ ] Overactieve schildklier [ ] Migraine [ ] Hypoglykemie

[ ] Hoog cholesterol [ ] Vocht vasthouden [ ] Angina Pectoris

[ ] Epilepsie [ ] Suikerziekte

[ ] Anders, namelijk ...................................................................................................................................................

Welke medicijnen gebruik je momenteel, en hoe vaak?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicijn | Sterkte | Keren per dag |
|  |  |  / dag |
|  |  |  / dag  |
|  |  |  / dag  |
|  |  |  / dag  |
|  |  |  / dag  |
|  |  |  / dag  |

Welke supplementen (vitaminen, mineralen, e.d.) gebruikt je?

 ............................................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................................

Van welke van de volgende symptomen heb je duidelijk last?

[ ] Te weinig lucht [ ] Hyperventilatie aanvallen

[ ] Astma aanvallen [ ] Angst zonder reden

[ ] Bijna) voortdurend benauwd [ ] Nervositeit

[ ] Beklemming op de borst [ ] Duizeligheid

[ ] Snel buiten adem bij inspanning [ ] Geheugenverlies

[ ] Veel hoesten [ ] Geestelijke vermoeidheid

[ ] Ophoesten taai slijm [ ] Snel geïrriteerd zijn

[ ] Veel niezen [ ] Concentratieverlies

[ ] Verstopte of lopende neus [ ] Lusteloosheid

[ ] Neuspoliepen [ ] Hoofdpijn

[ ] Veelvuldig zuchten of gapen

[ ] Piepende ademhaling [ ] Vermoeide spieren

[ ] Duidelijk hoorbaar ademen [ ] Fysieke uitputting

[ ] Door de mond ademen [ ] Koude handen / voeten

 [ ] Snel verkouden, grieperig

[ ] Niet in slaap kunnen komen [ ] Veel zweten

[ ] Snurken [ ] Ik ruik weinig

[ ] Ademhalingsstilstand tijdens slaap [ ] Pijn bij het hart

[ ] Vaak moeten plassen ’s nachts [ ] Piepende oren

[ ] Onderbroken slaap [ ] Gehoorproblemen

[ ] Nachtelijke astma [ ] Diarree

[ ] Ik slaap slecht [ ] Spataderen

[ ] Ik sta ’s morgens moe op [ ] Eczeem

[ ] Ik slaap vaak overdag eventjes [ ] Droge huid

 [ ] Jeuk op armen en/of benen

[ ] Gewichtsverlies [ ] Droge mond

[ ] Gewichtstoename [ ] Gevoelloosheid in ledematen

Zijn je amandelen verwijderd?

[ ] Ja [ ] Nee

Heb je pijnlijke tanden of kiezen?

[ ] Ja [ ] Nee

Heb je last van kalknagels?

[ ] Ja [ ] Nee

Heb je last van Candida?

[ ] Ja [ ] Nee

Heb je last van andere infecties?

[ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, welke? ............................................................................................................................................................

Ben je zwanger?

[ ] Ja [ ] Nee

Zo ja, hoeveel maanden? ......................................................................................................................................

Welk cijfer geef je jouw gezondheid?

(totaal niet gezond) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (heel gezond)

Welk cijfer geef je jouw energieniveau?

(totaal niet energiek) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (heel hoog in energie)

**De Buteyko cursus**

Stel we zijn 3 maanden verder, en je bent enorm vooruitgegaan. Wat hoop je dan dankzij Buteyko bereikt te hebben?

Doel : ..............................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

………..............................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………….

**Bekendheid Buteyko Methode**

Welke uitspraken kloppen in jouw geval?

[ ] Ik heb een artikel in een tijdschrift of krant over de Buteyko Methode gelezen.

[ ] Iemand die de Buteyko Methode geleerd heeft, heeft me aangeraden een cursus te doen.

[ ] Ik heb veel informatie over de Buteyko Methode op het internet opgezocht.

[ ] Ik heb met een arts over de Buteyko methode gesproken.

[ ] Ik heb een boek over de Buteyko Methode gelezen.

**Tenslotte**

[ ] Ik begrijp dat de Buteyko Cursus bestaat uit een aantal bijeenkomsten waarin we werken aan het normaliseren van onze ademhaling door het aanleren van de Buteyko technieken. Een Buteyko cursus bestaat niet uit een medische behandeling.
[ ] Ik, de ondergetekende, zal mijn gebruik van voorgeschreven medicijnen alleen in samenspraak met mijn begeleidend arts verminderen.
[ ] Ik heb de Algemene Voorwaarden (zie onderaan de home page van de website) gelezen en accepteer deze.

Naam: ..............................................................................Datum: …………………..Handtekening: ..............................