



LEON D'OLIVEIRA
PRAKTIJK VOOR ACUPUNCTUUR

Intakeformulier vruchtbaarheid vrouw

Persoonsgegevens:

Naam: _____ Geb. datum: _____
Adres: _____ Postcode: _____ W-plaats: _____
Telnr: _____ Mobiel: _____ Email: _____
Zorgverzekering: _____ Huisarts: _____ Specialist/ziekenhuis: _____
Beroep: _____ Werkzaamheden: _____ Relatie: _____
Sport: _____ Hobby's: _____
Lengte: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Vragen rondom de vruchtbaarheid:

Op welke leeftijd was de 1^e menstruatie: _____

Menstruatie nu: Hoe lang duurt de cyclus: van _____ tot _____ dagen

Hoe veel dagen vloeit u? _____ Veel/gemiddeld/weinig vloeien

Helder rood/ donker/met klontertjes Pijn in: buik/rug/borsten/hoofd/elders _____

Wat voor anticonceptie heeft u gebruikt en hoe lang?

Pil: van _____ tot _____ Spiraal: van _____ tot _____ anders: _____ van _____ tot _____

Heeft u ooit klachten gehad van deze anticonceptie? _____

Of juist minder menstruatieklachten? _____

Heeft u wel eens verschijnselen midden in de cyclus rond de eisprong?

Buik: _____ Borsten: _____ Afscheiding: _____

Bent u ooit zwanger geweest? _____ Heeft u al kinderen? _____

Heeft u wel eens een miskraam gehad? _____

Heeft u ooit een abortus ondergaan? _____

Hoe lang probeert u nu zwanger te worden? _____

Zijn er hiervoor onderzoeken gedaan? Ja/nee Welke? _____

Wilt u de uitslagen meebrengen?

Is uw man ook getest? Ja/nee Zo ja, wat was hiervan de uitslag? *Graag ook meebrengen!*

Zo ja, wilt u de uitslagen meebrengen?

Bent u ooit op SOA's (seksueel overdraagbare aandoeningen) onderzocht? _____

Bent u bezig met vruchtbaarheidsbehandelingen? _____ Welke? IUI/IVF/ICSI/anders _____

Nu volgen nog wat vragen over uw gezondheid in het algemeen

Hoofd: heeft u wel eens hoofdpijn? Ja/nee hoe vaak? _____ x per dag/week/maand

Heeft u wel eens klachten aan de ogen? _____ Nu/vroeger

Heeft u wel eens klachten aan de oren? _____ Nu/vroeger



Huid: heeft u nu of in het verleden last gehad van:

Acne: Nu/vroeger Eczeem: Nu/vroeger Psoriasis: Nu/vroeger
Andere huidklachten: _____ Nu/vroeger

Longen: heeft u nu of in het verleden last gehad van:

Bronchitis: Nu/vroeger Astma: Nu/vroeger Hooikoorts: Nu/vroeger Sinusitis: Nu/vroeger
Vaak verkouden of griep: Nu/vroeger Klachten aan de oren: _____ Nu/vroeger

Circulatie: Heeft u nu of in het verleden last gehad van:

Duizeligheid: Nu/vroeger Koude handen of voeten: Nu/vroeger
Hoge of lage bloeddruk: Nu/vroeger Bloedarmoede: Nu/vroeger
Hartritme stoornissen: Nu/vroeger Overige hartklachten: Nu/vroeger

Spijsvertering: Heeft u een goede eetlust? Ja/nee

Welke smaak/smaken vindt u lekker? Zout/ zoet/ bitter/ zuur/pittig

Welke smaak/smaken vindt u juist niet lekker? Zout/ zoet/bitter/zuur/pittig

Voelt u zich zwak of prikkelbaar als u niet op tijd eet? Ja/nee

Heeft u diabetes? Ja/nee

Hoe vaak heeft u stoelgang? ____ x per dag/week

Heeft u wel eens buikpijn?

Heeft u maag- of darmklachten of ziektes? Nu/vroeger Welke? _____

Heeft u voldoende energie?

Hoofdpijn

Heeft u schouderklachten? _____ Knieklachten? _____

Rugklachten? _____ Nekklachten? _____

Andere spier-of gewrichtsklachten? Welke? _____

Bent u ooit geopereerd? Ook kijkoperaties. Vermeld aub alle operaties en jaartallen _____

Heeft u op dit moment verdere gezondheidsklachten of in het verleden ziektes meegemaakt?

Gebruikt u medicatie op dit moment? Welke? _____

Gebruikt u vitamines, kruiden of andere supplementen? _____
