



LEON D'OLIVEIRA
PRAKTIJK VOOR ACUPUNCTUUR

Intakeformulier vruchtbaarheid man

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:

Zijn er aangetoonde problemen met de vruchtbaarheid? _____
Is uw zaad onderzocht? Was er voldoende kwaliteit of hoeveelheid zaadcellen geconstateerd?
Ja/nee Was de beweeglijkheid in orde? Ja/nee
Wilt u de uitslagen van eventuele onderzoeken meebrengen?
Wilt u de uitslagen meebrengen?
Bent u ooit op SOA's (seksueel overdraagbare aandoeningen) onderzocht? Was er een van
deze tests positief? _____
Heeft u wel eens problemen met de erectie? _____
Heeft u wel eens problemen met de zaadlozing? _____
Heeft u ooit (als kind of later) problemen gehad met de teelballen? _____
Gaat u regelmatig naar de sauna, of doet u aan bikramyoga (in ong. 40 graden)? Ja/nee
Draagt u strak ondergoed? Ja/nee Draagt u uw mobiele telefoon in de broekzak? Ja/nee
Doet u intensief aan wielrennen of fietsen? Ja/nee
Werkt u in hete ruimtes? Ja/nee
Bent u met uw partner 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
Klachten aan de oren: _____ Nu/vroeger
Klachten aan de ogen: _____ 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



LEON D'OLIVEIRA
PRAKTIJK VOOR ACUPUNCTUUR

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

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

Spijvertering: 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? _____
