

Heb jij fysieke pijnklachten? Ja/Nee. <i>extreem heftig</i>	Hoeveel pijn? 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 (10=
Waar komt de pijn vandaan?	
Straalt de pijn uit? Ja/nee	Zo ja, waar naar toe?
Zijn er foto's van gemaakt? Ja/Nee/ Niet van toepassing	
Kun jij dingen niet doen door de pijn? Ja/Nee/Soms	
Wat voor klachten ervaar je?	
Ben je hiervoor naar een arts geweest? Ja/Nee	
Heb je hiervoor medicatie gekregen? Ja/Nee	Zo ja, slik je deze nu nog?
Hoeveel water drink je per dag?	
Eet jij uit een gewoonte of omdat jouw lichaam een signaal geeft?	
Hoe vaak per dag eet jij? 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 x per dag	
Waaruit bestaat jouw ontbijt?	
Waaruit bestaat jouw lunch?	
Waaruit bestaat jouw diner?	
Wat neem je voor tussendoortjes?	
Hoe ziet jouw stoelgang eruit? Hard, Zacht, Dun, Dik.	
Hoe vaak heb je ontlasting? 1-2-3-4-5-6-7 x per week	1-2-3-4-5-6-7 x per dag
Heb je last van onderstaande klachten? Omcirkel waar je last van hebt.	
Huid - en Haarproblemen.	
<input type="checkbox"/>	haaruitval, roos, psoriasis
<input type="checkbox"/>	acne, herpes, (brand/snij) wonden, zweren, irritaties, cellulitis, insectenbeten, droge/vette huid, transpiratie, eczeem, wratten, schimmel, ontstekingen, littekens, rimpels, jeuk, spruw
Spieren en gewrichten	
<input type="checkbox"/>	jicht, reumatische aandoeningen, spierpijn, oedeem, artritis, slechte doorbloeding (koude handen/voeten), krampen, verstuingen, spit, verrekking, zenuwpijn, pijnlijke gewrichten, vermoeide/rusteloze benen, schouder/nek/rusklachten
Hart en Vaten	
<input type="checkbox"/>	spataderen, aambeien, bloedarmoede, hoge/lage bloeddruk, te weinig/teveel - witte/rode bloedlichamen, slechte doorbloeding, lage/hoge bloedsuikerspiegel, Diabetes A/B, gesprongen haarvaten, slechte bloedsomloop, aderverkalking, hartkloppingen, duizeligheid, vaatvernauwingen, trombose

Luchtwegen	
	astma, (kink)hoest, keel/slijmvlies/bijholte/oor ontstekingen, bronchitis, verkoudheid, griep, tandontsteking, koorts, longaandoening, problemen met de ademhaling
Spijvertering	
	hik, indigestie, last van de maag, braken, misselijkheid, maag/darmkrampen, slechte spijsvertering, darmgassen/winderigheid, wormen, diarree, constipatie, bijnierschorsklief, lever-gal aandoeningen, leverontsteking, zwaarlijvigheid, geen/slechte/overdadige eetlust
Urogenitaal	
	blaasontsteking, blaas/(bij)nieraandoeningen, aambeien, nierstenen, impotentie, erectie problemen
	pijnlijke menstruatie, uitblijvende menstruatie, overgang, cystes, borststuwung, PMS, frigide, witte vloed, jeuk, pijn bij het vrijen, vaginale droogheid
Streep bij onderstaande vragen door wat niet van toepassing is.	
	Heb je problemen met zwanger raken? Ja/Nee Ben je onvruchtbaar? Ja/Nee Ben je zwanger Ja/Nee Heb je problemen met de zwangerschap? Ja/Nee Heb je hulp nodig tijdens de bevalling? Ja/Nee Heb je een miskraam/dodgeboorte gehad? Ja/Nee Is er een kind overleden? Ja/nee. Zo ja, wanneer?
Zenuwstelsel/Psychische klachten	
	Slaapproblemen Slaap jij goed in? Ja/Nee Slaap jij goed door? Ja/Nee Hoeveel uur slaap jij? Wordt jij uitgerust wakker? Ja/Nee Ben je na 15 min. Fris en helder? Ja/Nee Heb je koffie/thee/sigaret nodig om goed wakker te worden?
	Migraine, hoofdpijn, epilepsie, bindvliesontsteking
	Heb je zelfvertrouwen? Ja/Nee/Wisselend Beschrijf de situaties waarin je wel zelfvertrouwen hebt en wanneer niet.
	Voel jij je zeker? Ja/Nee/Wisselend Beschrijf de situatie waarin jij je wel zeker voelt en wanneer niet.
	Ervaar je stress? Ja/Nee Zo ja, waarvan? Ben jij meer emotioneel, rationeel?

	Voel jij je geïrriteerd/ futloos/ lusteloos/ depressief/ uitgeput/ moedeloos/ levensmoe? Hoe lang al? Ben je onder behandeling van een arts? Ja/Nee Gebruik je medicijnen? Zo ja welke?
	Heb je voldoende energie om de dag door te komen? Ja/nee/wisselend
	Heb je moeite met patronen/situaties/mensen loslaten? Ja/Nee
	Heb je een goede concentratie? Ja/Nee/soms
	Heb je paniekaanvallen? Ja/Nee
	Kun jij goed grenzen aangeven? Ja/Nee
	Pas jij je snel aan, aan de omgeving? Ja/Nee
	Ben je creatief met je handen of met je hoofd? Ja/Nee
	Kun jij je goed uiten naar anderen? Ja/Nee
	Heb jij plezier in jouw leven? Ja/Nee
	Vertrouw jij meer op je gevoel of op je verstand?
	Ben je bang voor de dood? Ja/Nee
	Ben jij meer globaal of specifiek?
	Wil jij liever van iets af of ergens naar toe?
	Ben jij meer gericht op jezelf of op de buitenwereld?
	Zit jij meer in je hoofd (denken) of meer in je lijf (voelen)?
	Heb jij meer behoefte aan opties of aan procedures?
	Ben jij meer bezig met het verleden, nu, toekomst?
	Ben jij meer gericht op samen, nabijheid, alleen?
	Ben jij meer leidend, volgend of zelfregulerend?
	Wat vind jij belangrijker? Ik, de ander of wij?
	Ben jij meer proactief of reactief?
	Leg jij de controle binnen of buiten jezelf?
	Ben jij meer auditief (horen), visueel (zien) of kinesthetisch (voelen) ingesteld?
	Denk jij dat je HSP-er bent?
	Heb je last van angsten? Ja/Nee Weet je waar ze vandaan komen? Ja/nee Weet je wanneer ze zijn ontstaan? Ja/nee Hoe vaak heb je er last van? Ja/nee Beïnvloed het je dagelijkse leven? Ja/nee
	Heb je een officiële diagnose uit de DSM5? ADHD/ASS/ADD/Borderline/ Schizofrenie/ stoornis, of.....
	Heb je negatieve overtuigingen? Ja/nee Zo ja, welke:

Trauma:

Heb je onlangs iets heftigs meegemaakt, of heb je het idee dat een eerdere gebeurtenis/situatie jouw leven/ jou beperkt om blij en gelukkig te zijn? Ja/Nee.

Zo ja, beschrijf de situatie.

Ben je onder behandeling van een specialist? Ja/Nee/geweest
Zo ja, waarvoor?

Zo ja, bij wie? (naam en telefoonnummer)

Ben je geopereerd geweest het afgelopen jaar? Ja/Nee Zo ja, wanneer en waaraan.

Heb jij kanker? Ja/Nee/Gehad
Zo ja, op welke plaats?

Heb je Chemotherapie gehad? Ja/Nee
Ben je bestraalt? Ja/Nee
Is de behandeling afgerond? Ja/Nee
Ben je schoon verklaart? Ja/Nee
Heb je nu nog last van de behandelingen? Ja/Nee
Zo ja, waar heb je nog last van?

Heb je nog andere klachten die nog niet benoemd zijn of wil je iets verduidelijken dan kan dat hier.

Wat verwacht je van Monique?

Ondertekening:

*Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld. Ik ga akkoord met de behandelwijze die er wordt toegepast. Ik besef dat ik te allen tijde het proces kan starten en beëindigen. Ik geef Monique Verhagen toestemming om mij te mogen behandelen. Ik ben eerlijk in mijn klachten zodat Monique Verhagen mij de juiste behandeling kan geven. De therapiesessie kan worden opgenomen voor de ontwikkeling van zowel de client als de therapeut. Ik heb recht op een kopie van de sessie en zal deze ontvangen binnen 10 werkdagen na de sessie wanneer ik daarom vraag. Elke sessie is vertrouwelijk. Ik begrijp dat deze vorm van therapie verschilt van de medische zorg. Indien ik medicatie slik en een medische behandeling volg zal ik deze voortzetten tot ik geen klachten meer heb. Ik begrijp dat de therapeut niet aansprakelijk kan worden gehouden voor negatieve gevolgen die, hoe ondenkbaar dan ook, voortvloeien uit de sessies. De therapeut is aangesloten bij het CAT en ik heb de CAT behandelovereenkomst doorgelezen en zal deze tijdens de intake ondertekenen.

Datum,

Naam/Handtekening*

Aantekeningen sessie Monique