

INTAKE ADEMSPECIALIST

Datum:

Voornaam Achternaam

Geboortedatum Beroep

Adres

Postcode en Plaats.....

Telefoon (overdag) ('s avonds)

E-mail adres

Huisarts BSN

Medisch specialist.....

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Wat is de belangrijkste aandoening waarvoor u komt?

0 Apneu 0 Longemfyseem 0 Chronische Bronchitis

0 Hyperventilatie 0 Chronische vermoeidheid/ME 0 Hooikoorts

Longfunctie:

Saturatie:

Hartslag:

VAN WELKE ANDERE AANDOENINGEN HEEFT U LAST (OF LAST GEHAD?)?

0 Hartproblemen 0 Hoge bloeddruk 0 Lage bloeddruk

0 Nierziekte 0 Depressie 0 Zwakke schildklier

0 Overactieve schildklier 0 Migraine 0 Hypoglykemie

0 Hoog cholesterol 0 Vocht vasthouden 0 Angina Pectoris

0 Epilepsie 0 Suikerziekte

0 Anders, namelijk

Kunt u uw klachten kort omschrijven?

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

Hoe lang bestaan deze klachten al?

De klachten bestaan ongeveer jaar/maanden

Hoeveel invloed vindt u dat deze klachten hebben op uw kwaliteit van leven?

Geef aan (op een schaal van 1-10) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hebt u ooit in het ziekenhuis gelegen voor deze klachten?

Ja Nee

Zo ja, wanneer en hoe vaak?

.....

HEEFT U LAST VAN ALLERGIEËN?

Ja Nee

Zo ja, welke?

VAN WELKE VAN DE VOLGENDE SYMPTOMEN HEEFT U DUIDELIJK LAST?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Te weinig lucht | <input type="checkbox"/> Hyperventilatie |
| <input type="checkbox"/> Astma/ benauwdheidsaanvallen | <input type="checkbox"/> Angst zonder reden |
| <input type="checkbox"/> Voortdurend benauwd (Bijna) | <input type="checkbox"/> Nervositeit |
| <input type="checkbox"/> Beklemming op de borst | <input type="checkbox"/> Duizeligheid |
| <input type="checkbox"/> Snel buiten adem bij inspanning | <input type="checkbox"/> Geheugenverlies |
| <input type="checkbox"/> Veel hoesten | <input type="checkbox"/> Geestelijke vermoeidheid |
| <input type="checkbox"/> Ophoesten taai slijm | <input type="checkbox"/> Snel geïrriteerd zijn |
| <input type="checkbox"/> Veel niezen | <input type="checkbox"/> Concentratieverlies |
| <input type="checkbox"/> Verstopte of lopende neus | <input type="checkbox"/> Lusteloosheid |
| <input type="checkbox"/> Neuspoliepen | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn |
| <input type="checkbox"/> Veelvuldig zuchten of gapen | <input type="checkbox"/> Stemproblemen |
| <input type="checkbox"/> Piepende ademhaling | <input type="checkbox"/> Vermoeide spieren |
| <input type="checkbox"/> Duidelijk hoorbaar ademen | <input type="checkbox"/> Fysieke uitputting |
| <input type="checkbox"/> Door de mond ademen | <input type="checkbox"/> Koude handen / voeten |
| <input type="checkbox"/> Slikproblemen of globusgevoel | <input type="checkbox"/> Snel verkouden, griepig |
| <input type="checkbox"/> Niet in slaap kunnen komen | <input type="checkbox"/> Veel zweten |
| <input type="checkbox"/> Snurken | <input type="checkbox"/> Ik ruik weinig |
| <input type="checkbox"/> Ademhalingsstilstand tijdens slaap | <input type="checkbox"/> Pijn bij het hart |
| <input type="checkbox"/> Vaak moeten plassen 's nachts | <input type="checkbox"/> Piepende oren |
| <input type="checkbox"/> Onderbroken slaap | <input type="checkbox"/> Gehoorproblemen |
| <input type="checkbox"/> Nachtelijke astma | <input type="checkbox"/> Diarree/obstipatie |
| <input type="checkbox"/> Ik slaap slecht | <input type="checkbox"/> Spataderen |
| <input type="checkbox"/> Ik sta 's morgens moe op | <input type="checkbox"/> Eczeem/droge huid |
| <input type="checkbox"/> Ik slaap vaak overdag eventjes | <input type="checkbox"/> Gevoelloosheid ledematen |
| <input type="checkbox"/> Kalknagels | <input type="checkbox"/> Jeuk op armen en/of benen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlies | <input type="checkbox"/> Droge mond |
| <input type="checkbox"/> Gewichtstoename | MEDICIJNGBRUIK |

Welke medicijnen/ supplementen gebruikt u momenteel, en hoe vaak?

Medicijn	Sterkte	Dosis per keer	Keer per dag

Gebruikt u cortisonen, oraal of via een injectie?

(bijv. Prednison, Prednisolon, Methylprednison) **Vul dit ook in bovenstaande tabel in.**

ROKEN

- Roken Ja/voorheen/nooit
- Aantal per dag
- Aantal jaren gerookt

KORTADEMIGHEIDSKLACHTEN: IK HEB PROBLEMEN MET MIJN ADEMHALING TIJDENS:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|----------------------------|------|
| 0 liggen/ rusten | 0 omdraaien | 0 in of uit bed komen | |
| 0 gaan zitten op stoel | 0 opstaan uit stoel | 0 lang zitten | |
| 0 in/uit de auto stappen | 0 tv kijken | 0 lezen | |
| 0 eten | 0 Zichzelf wassen | 0 aankleden | |
| 0 15 minuten staan | 0 afwassen | 0 zittende activiteit doen | |
| 0 tafel dekken | 0 vaatwasser | 0 inladen/uitruimen | |
| 0 strijken | 0 was opvouwen | 0 stofzuigen | |
| 0 lopen binnenshuis | 0 toiletgang | 0 traplopen | |
| 0 bukken | 0 stoffen/poetsen | 0 boodschappen | 0 pc |

VRAGEN

Hoe gaat het tijdens/ na het sporten?

.....
.....

Hoe gaat het tijdens/ na het spreken? (vermoeidheid/ kortademigheid/ heesheid)

.....
.....

Hoe gaat tuinieren? (onkruid wieden/gras maaien/ snoeien/ schoffelen/ spitten/vegen)

.....
.....

Ik zou graag minder last hebben van mijn ademhaling tijdens

.....
.....

Welk doel of doelen wilt U bereiken?

.....
.....

AANTEKENINGEN THERAPEUT: (NIET INVULLEN)

Beginwaarde:

Adem meting:

Saturatie in rust:

In beweging;

Hartslag in rust:

In beweging:

Tijdens de gehele therapie perioden is het niet toegestaan om zware fysiek sporten uit te voeren. Dit is nodig omdat anders de kans van slagen nihil is.

ALTIJD OVERLEGGEN MET THERAPEUT OVER ALTERNATIEF.

Handtekening therapeut:.....Handtekening cliënt:.....