



ademspecialist

ellen schouten

## 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 .....



ademspecialist

ellen schouten

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? .....



ademspecialist

ellen schouten

**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                    |  |



ademspecialist

ellen schouten

### **MEDICIJNGEBRUIK**

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

<b>Medicijn</b>	<b>Sterkte</b>	<b>Dosis per keer</b>	<b>Keer per dag</b>

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 .....



ademspecialist

ellen schouten

**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?

.....  
.....



ademspecialist

ellen schouten

**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:.....