



DJEM | PSYCHOSOMATIEK

Djem Psychosomatiek
Stratumsedijk 99a
5614 HP Eindhoven

Telefoon: 06-52433763
Email: info@djempychosomatiek.nl
FB: via www.djempychosomatiek.nl

Datum: _____

Naam: _____

Werkdiagnose/code (in te vullen door behandelaar): _____

Geachte Mevrouw/Mijnheer,

Door antwoord te geven op de volgende vragen geeft u een overzicht van de klachten en problemen waar u tegenaan loopt. Leest u alstublieft daarom de vragen aandachtig door en probeer ze zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden. Mocht u merken dat u meer ruimte nodig heeft om te schrijven, dan gebruikt u gerust de achterkant. Uw gegevens worden volledig vertrouwelijk behandeld.

Dank u wel voor uw bereidwillige inspanning!

Voornaam: _____ Achternaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geb. datum: _____ M/V

BSN (Sofinummer): _____ Telefoonnummer: _____

Email: _____

Woonsituatie: alleen/partner/op kamers/ gezin/instelling Burgelijke staat: vrijgezel/samenwonend/gehuwd

Heeft u kinderen? Hoeveel en in welke leeftijden?: _____

Beroep/Arbeidsachtergrond: _____ Aantal uren werkzaam: _____

Zit u (deels) in de ziektewet/WAJONG/WAO?: _____ voor: _____ % , sinds: ____ - ____ - ____

Sport/hobby/Vrije tijd: _____

Medicijngebruik (incl. zelfmedicatie zoals bijvoorbeeld middelen van de drogisterij of huismiddelen):

Behandelend arts: _____ Specialisme: _____

Adres: _____ Telefoonnummer: _____

Overige behandelaars + telefoonnummer: _____

Wilt u dat er overleg plaatsvindt met uw behandelaar(s)? Zo ja, welke? JA/NEE, _____

Wat is de reden van uw komst?: _____

Noem in volgorde van ernst de klachten waar u voor naar therapie komt, hoeveel hinder u heeft van de klachten in uw dagelijks leven, wanneer deze klachten begonnen zijn en onder welke omstandigheden.

Klacht	Ernst van de klacht (bv. hoeveel pijn) (Geef cijfer van 0 ----- 10)	Hinder die u ervaart van de klacht (Geef een cijfer van 0-----10)	Wanneer en onder welke omstandigheden zijn de klachten begonnen?

Welke zijn eventuele bijkomende klachten nu?:

1 Lichamelijke klachten: _____

2 Emotionele/psychische klachten: _____

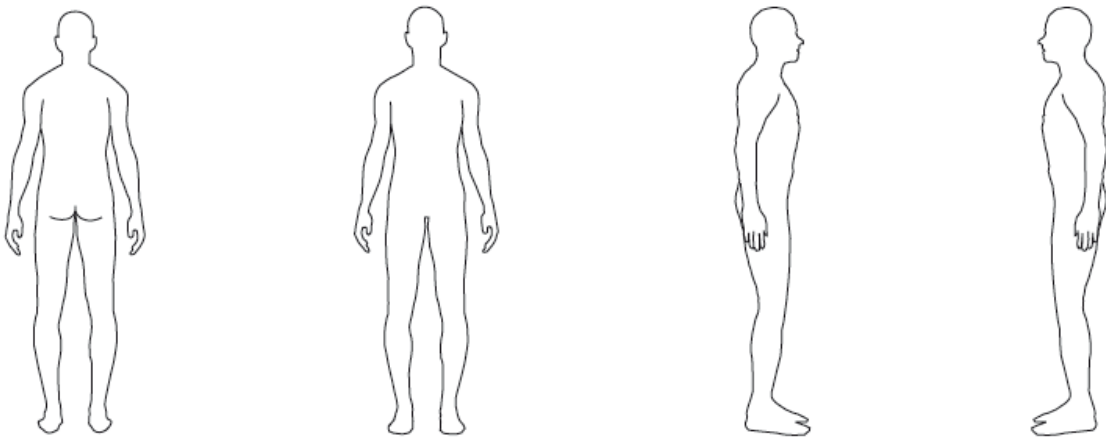
3 Verstandelijke klachten (geheugen, concentratie): _____

4 Relatieel/Werk: _____

Wat was de conclusie van uw arts/eerdere behandelaars omtrent uw klachten?: _____

Welke behandelingen heeft u gehad voor uw klachten en met welk effect?

Wilt u op de figuren aangeven waar u de klachten voelt?



Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend): _____

Is er een regelmaat of patroon te herkennen in uw klachten?: _____

Welke omstandigheden geven verbetering? (bv. Koude, warmte, rust, stress, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering?: _____

Rookt u? Zo ja, hoeveel? _____ Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel? _____

Gebruikt u koffie/thee (uitgezonderd kruidenthee)? Zo ja, hoeveel? _____

Gebruikt u drugs? Zo ja, welke en hoe vaak? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd, lusteloos): _____

Zijn er momenten op een dag van inzinking/energie? Zo ja, wanneer? _____

Wat is de kwaliteit van uw slaap? (inslapen, doorslapen, wakker worden): _____

Zitten er erfelijke aandoeningen in de directe familie? (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen): _____

En niet erfelijke aandoeningen? (spier- en gewrichtsklachten, psychische aandoeningen):

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?:

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, of verandering daarin, verergering van de klachten op? (bv. Drukke, verandering in slaapritme, klimaat- of temperatuurverandering, koorts, menstruatie, fysieke training):

Hoe gaat u op dit moment om met de klachten? _____

Heeft u het idee dat u voldoende hulp/steun ontvangt van uw naaste omgeving? Waar uit zich dit in?

Hebben er zich in de afgelopen jaren belangrijke levensgebeurtenissen voorgedaan? (bv: verhuizing, nieuwe studie, overlijden naaste, ziekte, nieuwe of verbroken relatie, gezinsuitbreiding, ongeval etc.) Wanneer was dat?

Om klachten waar u misschien in eerste instantie niet aan heeft gedacht uit te sluiten, staat hier een opsomming van klachten waar u zich misschien (ook) in herkent. Hebt u nu klachten die u vroeger ook had, maar is de ernst veranderd? Probeer dat dan aan te geven via een cijfer waarbij 10 heel ernstig is, en 0 niet ernstig.

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij keuzemogelijkheden*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks/ maandelijks *
- Waar in het hoofd? _____
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering: toename/ afname *
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond *
- dubbel/ vaag zien
- allergie: _____

LUCHTWEGEN/ K.N.O.

- ademnood
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ ontstekingen
- sinusitis
- oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- hoge/ lage bloeddruk*
- opgezette klieren
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn/ beklemming borst
- hartkloppingen
- koude handen/ voeten
- spataders
- vocht vasthouden

URINEWEGEN

- nierinfectie/ nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido

VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: _____
- pijnlijke menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- pijnlijke borsten
- premenstrueel syndroom
- witte vloed

MAAG/ DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- droge mond
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/ krampen*
- maagzuur
- bloedingen
- overig: _____

SPIEREN/ GEWRICHTEN

- gespannen/ slappe spieren *
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/ uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/ krampen
- bewegingsbeperking
- reuma

HUID

- eczeem/ uitslag *
- snel blauwe plekken
- droge huid/ transpiratie *
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval/ brekend haar *

GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
- depressies
- overbezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet, droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: _____

Heeft u aanvullingen waarvan u denkt dat ze belangrijk kunnen zijn voor het onderzoek of de behandeling van uw klachten?:

Wat moet er veranderen, oftewel, wat wilt u bereiken met de therapie? Geef alstublieft aan wat voorwaarden zijn om de therapie als succesvol te kunnen hebben ervaren.:

Heel hartelijk bedankt voor de moeite!

Theoretisch kader (in te vullen door behandelaar)