

Anamnese formulier EMDR

S.v.p invullen en bij de intake meenemen.

Bij kinderen kunnen de ouders uiteraard dit formulier invullen,
eventueel in overleg met het kind.



1 PERSOONSGEGEVENS

Naam	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Lengte	
Gewicht	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Naam huisarts	
Adres huisarts	
Telefoonnummer huisarts	
Naam specialist	
Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?	
Wat is de diagnose?	
Door welke arts is de diagnose gesteld?	
Wat zijn de voorkeursdagen en tijden voor het volgen van behandelingen?	

2 KLACHTOMSCHRIJVING

Wat is het probleem of wat zijn uw klachten?	
Hoe lang bestaan deze problemen/klachten al?	
Welke medicijnen gebruikt u? <i>S.v.p. bijsluiter meenemen.</i>	

3 TRAUMA's

Is er sprake van:

Traumatische gebeurtenissen in uw verleden? JA NEE emotioneel lichamelijk psychisch

Zo ja licht dit toe bij de intake.

4 MOGELIJKE AANDOENINGEN

Is er sprake van:

1. Diabetes?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
2. ADHD, ADD of Dyslexie?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
3. Asperger, NLD of PDD-NOS?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
4. Een verstandelijke handicap?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	Zo ja, hoe hoog is het IQ?
5. Angststoornissen of angstaanvallen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
6. Innerlijk gespannen gevoel in hoofd of lichaam?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
7. Eetproblemen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
8. Depressiviteit?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
9. Hyperventilatie?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
10. Hartkloppingen of hartritmestoornissen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
11. Hoog sensitieve gevoelens?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
12. Buitenzintuiglijke waarnemingen of ervaringen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	

Heeft u een of meerdere bovenstaande vragen met ja beantwoord geef dan hier per vraag een korte toelichting.

Vergeet hierbij niet het nummer van de vraag te vermelden!

5 SLAAP/WAAK PROBLEMEN

Is er sprake van slaapstoornissen?

JA NEE

Zo ja, omschrijf het probleem

Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?

Hoe vaak wordt u wakker 's nachts?

Kunt u dan weer gewoon verder slapen?

JA NEE

Staat u 's morgens uitgerust op?

JA NEE

Houdt u een slaaplogboek bij?

JA NEE

6 DRANK- & MIDDELENGBRUIK

Gebruikt u drugs?

JA NEE

Zo ja, welke, hoeveel en hoe vaak?

Is er sprake van een vorm van drugsverslaving?

JA NEE

Gebruikt u alcohol, wijn of bier?

JA NEE

Zo ja, wat, hoeveel en hoe vaak?

Is er sprake van een vorm van alcoholverslaving?

JA NEE

7 EPILEPSIE

Is er sprake van epilepsie?

JA NEE

Zo ja, zijn het

grote aanvallen (grand mal) of absences (petit mal)?

Hoe vaak heeft u een epileptische aanval?

Als u een aanval heeft wat is voor u - op dat moment - de juiste hulpverlening?

8 HERSENAANDOENING

Is er sprake van:

Hersenletsel t.g.v. een trauma of val?

JA NEE

Hersenletsel t.g.v. een beroerte of andere ziekte?

JA NEE

Is er sprake van een whiplashtrauma?

JA NEE

