

INTAKE FORMULIER HERSTEL-YOGA BIJ KANKER



Vul s.v.p. in wat voor u relevant is. U bepaalt zelf welke gegevens u aan ons verstrekt. Als u gegevens niet verstrekt heeft dit geen nadelige gevolgen. U kunt uw gegevens altijd inzien, meenemen of vragen om vernietiging.

1. Begeleidingsovereenkomst

Voorafgaand aan het invullen van dit intake formulier, vragen we u de begeleidingsovereenkomst goed door te lezen. Hierin beschrijven we waarom we om gegevens vragen, wat we er mee doen en hoe we er mee omgaan.

2. Persoonlijke gegevens

Naam (voornaam, achternaam en alle initialen): _____

Adres (straat, postcode en woonplaats): _____

Geb. datum: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

BSN nr. : _____

Wie is uw Huisarts (naam, plaats en tel nr.): _____

Door wie bent u aan ons doorverwezen: _____

Indien nodig, wie kunnen we bellen als dat nodig is (naam, adres, tel nr.): _____

Datum waarop u dit heeft ingevuld: _____

3. Ziekte historie kanker

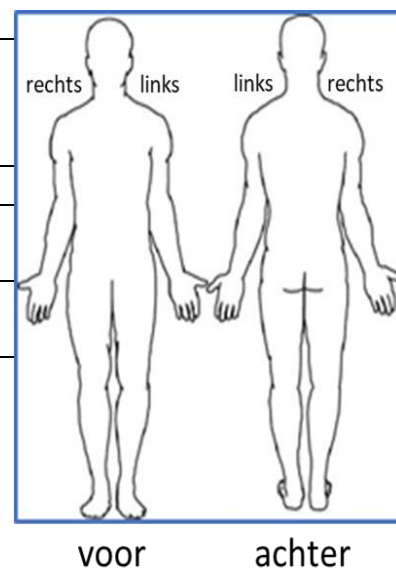
Welke kanker is bij u geconstateerd? _____

Datum van de diagnoses(s): _____

Wat was het stadium van de kanker bij diagnose: _____

Data van de laatste behandelingen: _____

Welke medicatie en behandelingen heeft u gehad (chemo therapie, andere therapie, bestraling, operatie (voor de laatste twee, teken in de poppetjes waar)? _____



4. Klachten en bijwerkingen

Heeft u nu nog (rest)klachten? Ja Nee. Indien ja, kies uit onderstaande lijst van symptomen:

Fysieke klachten:

- Botontkalking (osteoporose of osteopenie) of bot-uitzaaiingen; Verstopping; Misselijkheid; Neuropathie;
- Slapeloosheid; Vermoeidheid; Lymfe oedeem (waar?.....)
- Bloedarmoede; Bloeddrukklachten; Hart klachten; Misselijkheid; Weinig eetlust; Slechte stoelgang;
- Kaalheid; Menopauze; Huiduitslag/irritatie; Pijnklachten; Stijfheid; Beperkte bewegingsvrijheid; Litteken(weefsel); Stoma (teken in de poppetjes waar)?
- andere klachten:

Als er sprake is van pijnklachten, hoe schat u uw pijnscore op een schaal van 1 tot 10 (10 is de hoogste pijnscore):

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Bent u fysiek beperkt na behandelingen? Ja Nee Zo ja, beschrijf ze:

Hoe schat u uw fysieke fitheid doorgaans in: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (10 is zeer fit)

Mentale symptomen

<input type="checkbox"/> Gevoel van hopeloosheid	<input type="checkbox"/> Somberheid	<input type="checkbox"/> Moeite met meerder taken
<input type="checkbox"/> Angst/paniek	<input type="checkbox"/> Burn-out	<input type="checkbox"/> Data en afspraken vergeten/verwisselen
<input type="checkbox"/> Snel schrikken	<input type="checkbox"/> Piekeren	<input type="checkbox"/> Kan juiste woorden niet vinden
<input type="checkbox"/> Depressie	<input type="checkbox"/> Onzekerheid	<input type="checkbox"/> Moeilijk focussen
<input type="checkbox"/> Vergeetachtigheid	<input type="checkbox"/> Zelfveroordeling	<input type="checkbox"/> Gevoel van trager denken
<input type="checkbox"/> Onrust	<input type="checkbox"/> Gevoel van zinloosheid	<input type="checkbox"/> Anders:.....

Hoe schat u uw mentale fitheid nu in (10 is zeer fit) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. Ademhaling

Hoe ervaart u uw ademhaling?:

Heeft u ademhalingsklachten? Ja Nee. Indien ja, kies uit onderstaande lijst van symptomen:

Snel ; Oppervlakkig; Hoog (borst); Kortademig; Hyperventilatie; Apneu ; Adem tekort/happen naar adem; overig.....

6. Huidige situatie

Doet u nu fysieke oefeningen Ja Nee; Indien ja beschrijf ze a.u.b., hoe vaak per week?:

Beoefent u yoga of heeft u ooit yoga beoefend? Ja Nee; Zo ja, hoe vaak per week?

Heeft u bepaalde adviezen van uw behandelende artsen gekregen voor deelname aan herstel-yoga? Ja Nee
Welke?:.....

Zijn er contra-indicaties opgemerkt (wat u absoluut niet mag doen) ? Ja Nee

Welke medicijnen of supplementen gebruikt u?

Gebruikt u bloedverdunders om trombose te voorkomen (bijvoorbeeld na operatie of chemo)?

Ja Nee; Indien ja beschrijf ze a.u.b.

Zijn er aanvullende behandelingen/diëten die u volgt, zoals acupunctuur, chinese kruiden, Ayurvedische behandelingen, massage, yoga, mindfulness, voetreflexologie, diëten, supplementen..... Ja Nee; Indien ja beschrijf ze a.u.b.

7. Hoe gaat u om met uw ziekte en klachten.....

.....

8. Kwaliteit van uw leven

Als u een cijfer zou moeten geven voor hoe tevreden u met uw leven bent, wat zou dat zijn?:

9. Toelichtingen

Zijn er nog belangrijke dingen voor u die niet genoemd zijn of waar we tijdens uw begeleiding rekening mee moeten houden?.....

10. Verwachtingen voor deelname aan herstel-yoga

Kunt u aangeven wat u verwacht van deelname aan herstel-yoga? Wat zijn uw doelen, waar hoopt u op?.....

Bedenkingen voor deelname aan herstel-yoga

11. Heeft u zorgen of bedenkingen voor deelname aan herstel-yoga?

.....