Intake formulier TRE

Datum

Naam

Straat

Postcode Woonplaats

Man / vrouw

emailadres

Telefoonnummer

Geboortedatum

BSN nummer

Zieketekostenverzekering en polisnummer

Wat is de reden dat je TRE wilt?

Heb je fysieke klachten? Ja / nee

Zo ja wat zijn je klachten?

Ben je onder behandeling van een arts /specialist? Ja / nee

Zo ja welk soort specialist

Waarvoor wordt je behandeld?

Heb je op dit moment therapie? Ja / nee Zo ja waarvoor heb je therapie?

Heb je op dit moment fysiotherapie? Ja / nee

Waarvoor heb je fysiotherapie?

Zo ja hoelang?

Heb je hoge bloeddruk? Ja / nee

Heb je diabetes? ja / nee

Heb je fysieke beperkingen? Ja / nee

Zo ja wat zijn je beperkingen?

Heb je andere ziektes? Ja / nee

Zo ja , welke en wat zijn je klachten

Gebruik je medicijnen? ja / nee

Waarvoor gebruik je medicijnen?

Heb je recent of in het verleden traumatische gebeurtenissen meegemaakt? Ja / nee

Zo ja, wat voor soort gebeurtenissen

Wat is de impact van de gebeurtenissen nu op je dagelijks leven?

Heb je last van angsten ja /nee

Wat voor soort angsten?

Wat is de impact op je dagelijks leven?

Heb je veel stress of sta je onder hoge spanning? Ja / nee

Zo ja, wat is de impact?

Ben je zwanger? Ja / nee

Heb je andere opmerkingen?

TRE bestaat uit het doen van een aantal fysieke oefeningen. Deze zijn niet zwaar maar vragen wel lichamelijke inspanning. Ben je niet zeker of je het kan doen in verband met lichamelijke klachten, vraag dan eerst advies aan je huisarts.