

Intake formulier

Persoonlijke gegevens

Naam: _____ *Voornaam:* _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ *Beroep:* _____

Telefoon: _____ *GSM:* _____

E-mailadres: _____

Partner: _____ *Kinderen:* _____

Medische informatie

Gewicht: _____ *Lengte:* _____

Huisarts: _____

Kinesist: _____ *Diëtist:* _____

Doet u aan sport of beweging op dit moment?

- Nee, hoelang geleden?*
- Ja: welke?*

Heb je dagelijks meer dan 20 minuten onafgebroken beweging na elkaar? Vb. fietsen, stappen, ...

Rookt u?

- Nee*
- Ja*

Hoeveel sigaretten per dag?

Gebruikt u regelmatig alcohol?

Heb je voldoende nachtrust?

Komen er in uw naaste familie bepaalde aandoeningen voor de leeftijd van zestig jaar?

Lichamelijke ongemakken bewegingsapparaat?

Heb je momenteel bepaalde beperkingen in ADL (dagdagelijkse bewegingen)?

- Nee
- Ja, omwille van

	Operatie	Behandeling	Period
Nek			
Schouder			
Rug			
Heup			
Knie			
Enkel			
Andere			

Medicatie

- Hart:
- Bloeddruk:
- COPD:
- Antidepressiva:
- Andere:

Doelstelling

Wat zijn jouw belangrijkste doelen om aan dit programma deel te nemen?

Binnen welke periode zou je graag je doelen bereiken?

Wat is je lange termijn doel die je kippevel geeft als je eraan denkt?

Uitdagingen

Wat is de grootste uitdaging vooraleer je start?

- o Niet weten hoe eraan te beginnen*
- o Geen tijd*
- o Geen karakter*
- o Bang om te falen of dat het niet zou lukken*
- o Je sport of traint niet graag*
- o Andere:*

Wat is het eerste probleem die je graag opgelost wil zien?

Ik kan genieten van?

- o Lekker eten*
- o Een goed boek*
- o Een tijdschrift lezen, zo ja welke?*
- o Een goeie film*
- o Een weekendje weg*
- o Andere*