

### 6.1 Formulier ten behoeve van het intakegesprek voor een acne behand

Intake: Acne d.d. / /

#### Personalia

Naam : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode / woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Telefoon / mobiel : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_  
Huisarts / dermatoloog: \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar/polisnr: \_\_\_\_\_

#### Hoe lang en waardoor heeft u last van acne?

Vanaf pubertijd / Tijdens zwangerschap / Na zwangerschap / Menopauze \*

Anders t.w.: \_\_\_\_\_

Door medicijnen ja / nee \*

Door ziekte ja / nee \*

Eventueel andere oorzaken:

\_\_\_\_\_

Komt acne in uw familie voor? Ja / Nee \*

Is hier een onderzoek naar gedaan? Ja / Nee \*

Bent u eerder onder behandeling geweest Ja / Nee \*

bij een schoonheidsspecialist, huisarts,  
dermatoloog voor acne?

Gebruikt u medicijnen voor acne? Ja / Nee \*

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

#### Algehele gezondheid

Hoe is uw algehele gezondheid? Goed / Matig / Slecht \*

Gebruikt u momenteel medicijnen / Ja / Nee \*

Voedingssupplementen?

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

Gebruikt u anti-conceptie? Ja / Nee \*

Zo ja, welke: \_\_\_\_\_

Bent u momenteel zwanger? Ja / Nee \*

Rookt u? Ja / Nee \*

Hoeveel keer per sport u? ..... keer per dag / week / maand \*

Volgt u een dieet? Ja / Nee \*

Zo ja, welk dieet: \_\_\_\_\_

Gebruikt u zuivelproducten? Ja / Nee \*

Zo ja, welke producten: \_\_\_\_\_

Gebruikt u suikerhoudende voedingsmiddelen? Ja / Nee \*

Drinkt u voldoende water? Ja / Nee \*

..... liter per dag / week / maand \*

Drinkt u alcohol? Ja / Nee \*

..... glazen per week \*

#### Algemene aanvullende informatie ten aanzien van de algehele gezondheid

Heeft u last van stress? Nooit / Soms / Regelmatig \*

Kunt u aangeven op een schaal van 1 tot 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
wat uw stress level is?

Hoe ervaart u dit stress level? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft u weleens een allergische reactie gehad? Ja / Nee \*

Zo ja, wat was de oorzaak van deze reactie?

\_\_\_\_\_

Heeft u klachten met betrekking tot: \*

Bloedstollingsstoornissen  Diabetes  Menstruatiestoornissen

HIV / hepatitis  Darmproblemen

Eventueel andere aandoeningen:

\_\_\_\_\_