



# Weg met pijn

Meer energie - minder pijn

Verlengde van Steenbergelaan 29  
4537 BB Terneuzen  
Volderstraat 23  
4501 JB Oostburg  
+31 (0) 6 4608 4545  
www.wegmetpijn.com  
info@wegmetpijn.com

## DEEL 1 - INTAKEFORMULIER

*Graag dit intakeformulier zo volledig mogelijk invullen. Mail het ingevulde formulier voorafgaand aan het intakegesprek naar [info@wegmetpijn.com](mailto:info@wegmetpijn.com) of stuur het per post naar het adres dat rechtsboven is vermeld.*

**Personalialia** Datum: .....

Naam: ..... Geslacht:  Man  Vrouw

Voornaam: ..... Roepnaam: .....

Adres: .....

Postcode: ..... Plaats: .....

Geboortedatum: ..... Burgerlijke staat: .....

Beroep: ..... Emailadres: .....

Telefoon thuis: ..... Telefoon werk: .....

Telefoon mobiel: .....

**Klacht**

Wat is uw hoofdklacht? .....

Is er een reguliere diagnose gesteld door de huisarts of specialist? Zo ja, welke? .....

Heeft u nog andere klachten? .....

Waar zou je naar streven om weer te kunnen wat nu al jaren niet meer lukt?



# Weg met pijn

Meer energie - minder pijn

Welke (erfelijke) ziekten komen er in de familie voor?

Welke medicijnen gebruikt u?

Waarvoor gebruikt u deze medicijnen?

Welke homeopathische middelen, vitaminen of andere medicatie gebruikt u of heeft u gebruikt?

Heeft u operaties ondergaan?

Ja

Nee

Zo ja, welke en wanneer?

Hoe karakteriseert u uzelf?

Gebruikt u alcohol?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel drinkt u per week?

Gebruikt u drugs?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel drugs gebruikt u?

Rookt u?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel rookt u per dag?



# Weg met pijn

## Meer energie - minder pijn

Bent u ergens allergisch voor?

Ja  Nee

Zo ja, waarvoor bent u allergisch?

Bent u over het algemeen meer koud of warm?

Koud  Warm

Heeft u een elektrisch implantaat (bv pacemaker)?

Ja  Nee

Heeft u epilepsie?

Ja  Nee

Heeft u kanker

Ja  Nee

Heeft u recentelijk hersen- of hartinfarct of acute trombose gehad?

Ja  Nee

Voor vrouwen: bent u zwanger?

Ja  Nee

### VAS score. Wat is uw pijnscore?

VAS staat voor visueel analoge schaal. Hiermee wordt de huidige toestand met een cijfer gewaardeerd. Dat kan op verschillende manieren en bij deze methode maken we gebruik van de schaal van 0 tot 10 waarbij 0 staat voor een pijnloos bestaan en 10 voor ondraaglijke pijn.

Hieronder, in het vierkante vakje kunt u aangeven hoe u de huidige situatie zou beoordelen: VAS:

0 = Geen pijn

10 = Ondraaglijke pijn

Verder verzoeken wij u op de volgende pagina's de vragenlijst in te vullen.

### Kwaliteit van leven vragenlijst (RAND 36)

#### Toelichting

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd.

Wilt U elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer U twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1 Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| uitstekend | <input type="checkbox"/> |
| zeer goed  | <input type="checkbox"/> |
| goed       | <input type="checkbox"/> |
| matig      | <input type="checkbox"/> |
| slecht     | <input type="checkbox"/> |



# Weg met pijn

## Meer energie - minder pijn

2. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u *nu* uw gezondheid in het algemeen Beoordelen?

- Veel beter dan een jaar geleden
- Iets beter dan een jaar geleden
- Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- Iets slechter dan een jaar geleden
- Veel slechter dan een jaar geleden

3. De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden.

Wordt u door uw gezondheid *op dit moment* beperkt bij deze bezigheden?

Zo ja, in welk mate?

- |   | ja,<br>ernstig<br>beperkt  | ja, een<br>beetje<br>beperkt | <input type="checkbox"/> nee, hele-<br>maal niet<br><input type="checkbox"/> beperkt |
|---|----------------------------|------------------------------|--|
| a. <i>Forse inspanning</i><br>zoals hardlopen, zware voorwerpen<br>tillen, inspannend sporten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| b. <i>Matige inspanning</i><br>zoals het verplaatsen van een<br>tafel, stofzuigen, fietsen    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| c. Tillen of boodschappen dragen  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| d. <i>Een paar</i> trappen oplopen  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| e. <i>Eén</i> trap oplopen  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| f. Buigen knielen of bukken   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| g. <i>Meer dan een kilometer</i> lopen  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| h. <i>Een halve kilometer</i> lopen   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| i. <i>Honderd meter</i> lopen   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
| j. Uzelf wassen of aankleden  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |

4. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- |  | ja                         | nee                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. U was beperkt in het <i>soort</i> werk of het <i>soort</i> bezigheden                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |



# Weg met pijn

## Meer energie - minder pijn

Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- |  | ja                         | nee                        |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen                                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

6. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben van emotionele problemen u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

- |               |                            |
|---------------|----------------------------|
| helemaal niet | <input type="checkbox"/> 1 |
| enigszins     | <input type="checkbox"/> 2 |
| nogal         | <input type="checkbox"/> 3 |
| veel          | <input type="checkbox"/> 4 |
| heel erg veel | <input type="checkbox"/> 5 |

7. Hoeveel pijn had u *de afgelopen 4 weken*?

- |              |                            |
|--------------|----------------------------|
| geen         | <input type="checkbox"/> 1 |
| heel licht   | <input type="checkbox"/> 2 |
| licht        | <input type="checkbox"/> 3 |
| nogal        | <input type="checkbox"/> 4 |
| ernstig      | <input type="checkbox"/> 5 |
| heel ernstig | <input type="checkbox"/> 6 |

8. In welke mate heeft pijn u *de afgelopen vier weken* belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| helemaal niet    | <input type="checkbox"/> 1 |
| een klein beetje | <input type="checkbox"/> 2 |
| nogal            | <input type="checkbox"/> 3 |
| veel             | <input type="checkbox"/> 4 |
| heel erg veel    | <input type="checkbox"/> 5 |

9. Deze vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft gevoeld. Wilt U bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe U zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende *de afgelopen 4 weken*:

- |  | voort-<br>durend           | meestal                    | vaak                       | soms                       | zelden                     | nooit                      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. voelde u zich levenslustig?                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| b. voelde u zich erg zenuwachtig?                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| c. zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| d. voelde u zich kalm en rustig?                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| e. voelde u zich erg energiek?                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |



# Weg met pijn

## Meer energie - minder pijn

- f. voelde u zich neerslachtig en somber?  1  2  3  4  5  6
- g. voelde u zich uitgeblust?  1  2  3  4  5  6
- h. voelde u zich gelukkig?  1  2  3  4  5  6
- i. voelde u zich moe?  1  2  3  4  5  6

10. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen *gedurende de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- voortdurend  1
- meestal  2
- soms  3
- zelden  4
- nooit  5

11. Wilt U het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elke van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

- |  | volkomen juist             | groten-deels juist         | weet ik niet               | groten-deels onjuist       | volkomen onjuist           |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken.      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan.     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. Mijn gezondheid is uitstekend.                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Waar zou je naar streven om weer te kunnen wat nu al jaren niet meer lukt?

.....

Ruimte voor opmerkingen of vragen

.....

Dank u voor uw medewerking, uiteraard ga ik zeer vertrouwelijk om met uw gegevens en worden deze zonder uw toestemming niet besproken met derden. Bij verhindering dient u 24 uur van tevoren af te bellen, anders worden de behandelkosten geheel of gedeeltelijk in rekening gebracht



# Weg met pijn

Meer energie - minder pijn

## DEEL 2 - BEHANDELOVEREENKOMST

Deel 2, de behandelovereenkomst, wordt ingevuld na het intakegesprek. U hoeft dit voorafgaand dus niet in te vullen.

De heer/ mevrouw .....

verder te noemen cliënt en dhr. A. Sinack, verder te noemen APS-therapeut zijn overeengekomen middels APS-therapie de in het intakeformulier (deel 1) genoemde klacht(en) te behandelen voor ..... maanden. (vul de duur in)

De cliënt(e) kan zonder opgave van redenen deze overeenkomst eenzijdig beëindigen. De APS-therapeut kan deze overeenkomst beëindigen, als redelijkerwijs van hem/haar niet kan worden verwacht, dat hij/zij de overeenkomst voortzet. Deze overeenkomst wordt ook beëindigd, wanneer de cliënt en APS-therapeut dit samen overeenkomen.

De APS-therapeut heeft cliënt voorafgaand aan de APS-behandeling geïnformeerd over:

- de APS-behandeling
- de contra-indicaties voor APS
- het klacht- en tuchtrecht van zijn/haar beroepsvereniging BVAT
- zijn/haar geheimhoudingsplicht
- het bijhouden van een dossier en de bewaartermijn van 15 jaar van het dossier
- het recht het dossier te mogen bekijken en een kopie te ontvangen
- het feit dat anderen het dossier niet mogen bekijken
- de algemene voorwaarden
- de mogelijkheid dat met de APS-behandeling niet het gewenste resultaat kan worden behaald

De APS-therapeut heeft cliënt voorafgaand aan de APS-behandeling geïnformeerd over de contra-indicaties voor APS-behandeling:

- elektrische implantaten, zoals een pacemaker
- epilepsie
- kanker
- leeftijd jonger dan 2 jaar
- zwangerschap
- hart of herseninfarct (in de drie maanden voorafgaand aan de APS-behandeling)
- acute trombose

De cliënt verklaart door het plaatsen van een handtekening, dat:

- hij/zij toestemming geeft voor de behandeling
- hij/zij voor zover hij/zij weet aan geen enkele van de hierboven beschreven contra-indicaties lijdt
- hij/zij de APS-therapeut naar zijn/haar beste weten zal informeren als een contra-indicatie of een wijziging in
- de medische situatie optreedt
- hij/zij de algemene voorwaarden heeft ontvangen

---

## Verklaring en ondertekening

Hierbij verklaar ik deel 1 en 2, de behandelovereenkomst, naar waarheid te hebben ingevuld en akkoord te zijn met de

inhoud ervan. Neem deze formulieren mee naar uw afspraak of mail ze naar: [info@wegmetpijn.com](mailto:info@wegmetpijn.com)

Datum: .....

.....  
Handtekening therapeut:

.....  
Handtekening cliënt: