

# INTAKEFORMULIER

## Formulier ten behoeve van het intakegesprek voor oncologische huidzorg en massage

Datum intake \_\_\_\_\_

### PERSONALIA

Naam \_\_\_\_\_ M V X

Adres \_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Telefoon / mobiel \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Beroep\* \_\_\_\_\_

(\* werkomstandigheden kunnen van invloed zijn op de huid, bijvoorbeeld blootstelling daglicht, bepaalde stoffen e.d.)

Huisarts \_\_\_\_\_

Behandelend specialist \_\_\_\_\_

Gezinssamenstelling \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

### MEDISCHE INFORMATIE

Welke soort kanker \_\_\_\_\_

Datum diagnose kanker \_\_\_\_\_

Plaats in lichaam \_\_\_\_\_

Uitzaaiingen \_\_\_\_\_

Littekens/plaats \_\_\_\_\_

Keloïdvorming \_\_\_\_\_

Behandelplan ziekenhuis \_\_\_\_\_

Operatie	
Bestraling	
Chemo	
Medicatie	
Doelgerichte therapie	
Immunotherapie	
Adjuvante behandeling	
Neo-adjuvante behandeling	
Palliatieve behandeling	
Terminale behandeling	

### ABSOLUTE CONTRA-INDICATIE

Heeft u klachten met betrekking tot:

Acute trombose  
Beschadigde huid  
Infectie

Inflammatoire/geïrriteerde huid  
Koorts  
Hand-voet-syndroom klasse 2 en 3

Oedeem

### ABSOLUTE CONTRA-INDICATIE OP DE PLAATS/IN HET GEBIED VAN HET HULPMIDDEL

Heeft u klachten met betrekking tot:

Centraal veneus katheter  
Pacemaker  
Borstimplantaat  
Blaas/darm stoma

Port-a-cath  
Infuus  
Uitwendige borstprothese  
Sonde

PIC-lijn  
Medicatie pleister  
Urinekatheter  
Zuurstofapparaat

### RELATIEVE CONTRA-INDICATIE

Heeft u klachten met betrekking tot:

Alopecia Areata  
Eczeem  
Hand-voet-syndroom klasse 1  
Schimmels  
Misselijkheid/overgeven

Psoriasis  
Neuropathie  
Wondjes  
Osteoporose  
Operaryei/bestralingsgebied

Vitiligo  
Neuromyopathie  
Acne  
Obstipatie/diarree

Verwijdering lymfeklieren (op de plaats van verwijdering geldt een absolute contra-indicatie)  
Verwijdering Poortwachterklier (op de plaats van verwijdering geldt een absolute contra-indicatie)  
Ernstige vermoeidheid na de behandeling  
Ernstige vermoeidheid tijdens de behandeling

## OVERIGE INDICATIES

Heeft u klachten met betrekking tot:

Ademhalingsproblemen  
Hartproblemen

### Haarproblemen

Extreme (dons) overbeharing  
Haaruitval alopecia  
Wenkbrauwen/wimpers

gezicht      lichaam  
hoofd      lichaam

Aften  
Atrofische huid met verwijde bloedvaten  
Droge huid  
Extreem rode huid  
Extreem droge rode huid  
Gauwe vale huid  
Hyper pigmentatie gelaat/lichaam  
Hypo pigmentatie gelaat/lichaam  
Littekens gelaat/lichaam  
Schilferige huid  
Squameus epitheel  
Schimmels  
Hand-voet-syndroom klasse 1  
Brokkelige/broze nagels  
Gespleten nagels  
Nagelriem ontsteking

handen      voeten

### Darmfunctie

Obstipatie/diarree  
Misselijkheid/overgeven

Botbreuken  
Bot pijn/plaats

### Medicijngebruik

trombose      hoge bloeddruk  
lage bloeddruk      bloedverduunners

andere, namelijk:

### Protheses

haarwerk      oor      oog  
neus      mond      schouder  
heup      knie

Problemen nek

Problemen schouders

## HUIDANALYSE

<b>Huidtype</b>	normaal droog vet gecombineerd	<b>Bloedvat-afwijkingen</b>	teleangiectasiën bloedblaasjes overig
<b>Vochtgehalte</b>	goed plaatselijk vochtarm vochtarm	<b>Spierspanning</b>	goed algeheel verslapt plaatselijk verslapt
<b>Talgproductie</b>	normaal comedonen verstopte poriën milia	<b>Gevoeligheid</b>	normaal plaatselijk gevoelig plaatselijk overgevoelig
<b>Bloedcirculatie</b>	normaal algeheel traag stuwend algeheel hoog stuwend plaatselijk traag stuwend plaatselijk hoog stuwend		

**Huidtype zon** I II III IV V

Opmerkingen

---

---

---

## ENERGIE EN ACTIVITEITEN

Wat is uw energie op dit moment?

(1 = extreem moe, 10 = veel energie)

---

Hoe slaapt u op dit moment?

(1 = ernstige slapeloosheid, 10 = uitstekend)

---

Hoe is uw energieniveau gedurende de dag?

(geef aan wanneer u de meeste energie heeft)

continu

in de ochtend

in de middag

in de avond

Welke activiteiten kunt u zelf nog doen?

---

Wat is niet meer mogelijk voor u om zelf te ondernemen?

---

**Is het voor u mogelijk om te werken aan het behoud van de conditie?**

Fysiek

Ja      Nee

Mentaal

Ja      Nee

Bent u bekend met massagetherapie?

Ja      Nee

Wat zijn op dit moment uw wensen?

---

---

---