 

**Datum TRE workshop:**Naam :

Email : Tel.thuis:

Mob. Nr : Werk nr :

Geb.dat. : Geslacht:

Medische geschiedenis

Om u zo goed mogelijk en veilig te kunnen begeleiden, is het belangrijk u mentale en fysieke gesteldheid in kaart te brengen. Vul de vragen dan ook zo waarheidsgetrouw in.

* Slikt u medicijnen? Zo ja, wat is de naam en waar zijn deze voor? ( TRE® kan invloed hebben op uw medicatie):
* Heeft u periodieke pijnklachten of een chronische aandoening ? Zo ja, wat vind je belangrijk om hierover te melden? (zie ook de checklist op de volgende blz’s):
* In welke bewegingen of activiteiten bent u beperkt?

* Heeft u trauma(s) opgelopen (lichamelijk/anders)? Zo ja, dan graag een korte omschrijving.

Voor vrouwen: Bent u **zwanger**? ☐ Ja ☐ Nee  
Indien ja, dan adviseer ik om geen TRE te doen. Ik leg u graag uit waarom

**Klachten en** **problemen**: **Dit is een checklist waar we ook tijdens de workshop op terugkomen.  
Insteek: wat kun je hier als professional mee richting cliënt?  
We gaan de lijsten zeker niét met elkaar in detail en op persoonlijk niveau bespreken.**   
  
Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van uw huidige gesteldheid graag de volgende lijst met veel voorkomende klachten en problemen invullen: welke herken je en in welke mate?   
Óók is het interessant om deze lijst nogmaals in te vullen over 2-3 maanden. Vaak vergeten we heel snel de dingen die beter gaan. Goed dus om het effect van TRE®, voor jezelf over enige tijd te kunnen meten.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lichamelijke, fysieke spanning of pijn** | | Altijd | | Vaak | | | Regelmatig | | | Soms | | | | Nooit | | | |
| 1 | Gespannen, harde spieren | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 2 | Pijnlijke nek en/of schouders | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 3 | Migraine | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 4 | Rugpijn | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 5 | Spanning op tanden, kaakklem | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 6 | Tanden knarsen s’nachts | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 7 | Spanning ogen en/of gezicht | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 8 | Koude handen, voeten | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 9 | Overmatig zweten | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 10 | Gespannen na inspanning | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 11 | Artrose | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 12 | Nerveus, zenuwachtig | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 13 | Duizeligheid | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 14 | Brok in de keel | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 15 | Bekkenpijn | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 16 | Fybromyalgie | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 17 | Benauwdheid | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | **Emotionele issues** | | Altijd | | Vaak | | Regelmatig | | | Soms | | | Nooit | | | |
| 1 | Irritatie, boosheid | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Down, treurig voelen | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | Hopeloos voelen | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 4 | Gebrek aan energie | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 5 | Neiging makkelijk, veel te huilen | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 6 | Angstig | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 7 | Paniek | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 8 | Zwaarmoedig | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 9 | Periode van somberheid | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 10 | Bang | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 11 | Nachtmerries | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 12 | Rusteloos | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 13 | Slaapproblemen | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 14 | Vergeetachtig | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 15 | Frustratie | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 16 | Dagdromen en fantaseren | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 17 | Suïcidale gedachten | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 18 | Humeurigheid | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
|  | **Hart- en longproblemen** | | Altijd | | Vaak | | Regelmatig | | | Soms | | | Nooit | | | |
| 1 | Pijn op de borst | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Astma, COPD | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | Hyperventilatie | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 4 | Kortademig | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 5 | Onregelmatige hartslag | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
|  | **Klachten organen** | | Altijd | | Vaak | | Regelmatig | | | Soms | | | Nooit | | | |
| 1 | Slechte spijsvertering | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Obstipatie, verstopping | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | Irritatie aan de darmen | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 4 | Diarree | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 5 | Maagproblemen | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 6 | Opkomend maagzuur, maagzweer | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 7 | Gebrek aan eetlust | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 8 | Overmatig eten | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
|  | **Immuun systeem** | | Altijd | | Vaak | | Regelmatig | | | Soms | | | Nooit | | | |
| 1 | Regelmatig koorts, grieperig | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Kleine infecties | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | Allergieën | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |
|  | **Patronen** | | | Altijd | Vaak | Regelmatig | | | Soms | | | Nooit | | | |
| 1 | Ongelukjes en verwondingen | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Alcohol drinken en of roken | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | Medicijnen nemen zonder voorschrift | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 4 | Roken | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 5 | Drugs/stimulerende middelen | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
|  | **Interpersoonlijke relaties** | | Altijd | | Vaak | Regelmatig | | | Soms | | | | Nooit | | | |
| 1 | Moeite hebben met vertrouwen | |  | |  |  | | |  | | | |  | | | |
| 2 | Moeite met overeenstemming krijgen, gelijk geven | |  | |  |  | | |  | | | |  | | | |
| 3 | Minder interesse in sexualiteit / intimiteit | |  | |  |  | | |  | | | |  | | | |
|  | **Mentale problemen** | Altijd | | | Vaak | Regelmatig | | | Soms | | | | | Nooit | | | |
| 1 | Je zorgen maken |  | | |  |  | | |  | | | | |  | | | |
| 2 | Moeite met concentratie |  | | |  |  | | |  | | | | |  | | | |
| 3 | Moeite met onthouden |  | | |  |  | | |  | | | | |  | | | |
| 4 | Moeite met nemen beslissingen |  | | |  |  | | |  | | | | |  | | | |
|  | **Overige problemen** | | | Altijd | Vaak | Regelmatig | | | Soms | | | Nooit | | | |
| 1 | Menstruatie pijn | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 2 | Huid problemen | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 3 | ? | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |
| 4 | ? | | |  |  |  | | |  | | |  | | | |

🡺Zijn er andere gezondheidsproblemen die hierboven niet vermeld staan maar die belangrijk zijn   
 om te melden voordat u met de behandeling en/of TRE oefeningen gaat doen?

# Informed Consent: Dit ‘nogal formele gedeelte’ van de medische intake, is vanuit de ingevoerde AVG-wet én mijn lidmaatschap bij de [VIV beroepsvereniging](https://vivnederland.nl) verplicht. Als professional zul je dit begrijpen. Ondergetekende:

* heeft de vragen in dit intake formulier alsmede de vragen die Marc Doomernik aan hem/haar heeft gesteld voor of tijdens de behandeling, naar waarheid beantwoord. En ook alle relevante informatie m.b.t. gezondheid te hebben gegeven.
* realiseert zich voorts dat er geen sprake is van een resultaatsverplichting, maar een inspanningsverplichting aan de zijde van Marc Doomernik.
* is op de hoogte van de vertrouwelijkheid van de informatie die gegeven wordt en akkoord met de privacyverklaring; dat wat in de praktijk wordt besproken niet gedeeld wordt met derden anders dan met toestemming van ondergetekende.
* verklaart, na het lezen van bovenstaande en op basis van alle gekregen informatie, tot een weloverwogen besluit te zijn gekomen om een TRE workshop te willen ondergaan.
* erkent en accepteert dat hij/zij niet gekwalificeerd is om anderen te begeleiden in TRE® en dat hij/zij TRE® slechts gebruikt voor zichzelf. Om TRE® Provider te worden dien ik een TRE® opleiding te volgen.

Alle therapeuten, aangesloten bij de beroepsvereniging VIV Nederland zijn gehouden aan de richtlijnen van de Beroepscode en werken volgens Algemene Leveringsvoorwaarden. Mocht u onverhoopt klachten hebben, kunt u hierover informatie vinden op <https://www.verfrissende-blik.nl/training/tre/algemene-informatie-over-tre#quickset-field_collection_quicktabs3> en voor het tuchtrecht informatie op [www.vivnederland.nl](http://www.vivnederland.nl).

Datum: Handtekening cliënt:

Door ondertekening verklaart de behandelaar dat alle informatie, die nodig is voor de behandeling, is verstrekt aan de cliënt en vergewist zich ervan dat de cliënt de informatie heeft begrepen.

**Dit formulier bij voorkeur voorafgaand ingevuld en ondertekend mailen naar info@marcdoomernik.nl óf anders meenemen naar de individuele sessie / workshop**