

## Intake vragenlijst

### Algemene gegevens

1. Naam ..... datum: .....
  2. Wat is uw burgerlijke staat? .....
  3. Heeft u kinderen? Nee Ja, aantal..... Leeftijd(en).....jaar
  4. Wat zijn uw hobby's? .....  
.....
  5. Welk beroep oefent u uit? .....
- Indien u werkt, hoeveel uur per week?.....
6. Wat is uw hoogst genoten opleiding?
    - Geen/ lager- of basisonderwijs
    - LBO/VMBO/MAVO
    - HAVO/VWO/MBO
    - HBO/ WO bachelor
    - WO master/ PHD

### Motivatie

7. Motivatie:
  - Op schaal van 1 tot 10, hoe belangrijk is gezondheid voor u?  
(Waarbij 1 = niet belangrijk, 10 = heel belangrijk)  
.....
  - Op schaal van 1 tot 10, hoe gemotiveerd bent u om uw leefstijl (waaronder voeding en beweging) te veranderen?  
.....
  - Op schaal van 1 tot 10, in hoeverre denkt u dat het lukt om uw leefstijl te veranderen?  
.....

Schrijf een zo uitgebreid mogelijke motivatie waarom u mee wilt doen met het programma. Iedereen die zich aanmeldt voor dit programma wil graag afvallen, maar een belangrijke vraag is waarom u dat wilt. Om uw deelname te motiveren kunt u zich de volgende vragen stellen:

- Wat hoopt u met het afvallen te bereiken?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Hoe verwacht u dat uw leven er uit zal zien na afloop van de behandeling?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Wat zal er dan anders zijn dan nu?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Stel dat het niet lukt, bent u bereid om hulp te vragen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gewicht

8. Wanneer begonnen de problemen rondom uw gewicht? Kunt u aangeven wat volgens u de aanleiding is geweest voor de toename van het gewicht?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Korte lijnhistorie:

Beschrijf onderstaande periodes met de belangrijkste ervaringen op het gebied van gewicht en lijnen

0 – 4 jaar

.....  
.....  
.....

4-12 jaar

.....  
.....  
.....

12- 18 jaar

.....  
.....  
.....

Ouder dan 18 jaar

.....  
.....  
.....

Dieetgeschiedenis

**10. Hoe vaak heeft u gelijnd?**

.....  
.....

**11. Welke diëten heeft u gedaan?**

.....  
.....  
.....

**12. Hoe zijn deze pogingen gegaan?**

- Hoeveel bent u per poging afgevallen?
- Wat ging goed, wat vond u prettig?
- Wat ging minder goed, waar liep u tegenaan?
- Wat zijn de redenen waarom u geen succes had

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**13. In hoeverre belemmert je gewicht je dagelijkse functioneren: denk aan werk, gezinsleven, huwelijks relatie, vrije tijd etc.**

.....  
.....  
.....

**14. Heeft u fysieke beperkingen waardoor u niet aan het (hele) programma kunt deelnemen?**

.....  
.....  
.....

Sociaal/psychologisch

15. Heeft u eerder hulp gehad van een psycholoog, psychiater of maatschappelijk werk?

- Ja       Nee

Zo ja, waarvoor? .....

16. Hoe ziet u zichzelf?

- Beschrijf hoe uw beste vriend/ vriendin u ziet
- Beschrijf hoe iemand die een hekel aan u heeft u ziet
- Beschrijf hoe u uw lichaam ziet
- Beschrijf hoe u zichzelf graag zou willen zien

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Bent u wel eens door uw gewicht afgewezen of gepest? Zo ja, hoe en wanneer.

.....

.....

.....

.....

.....

18. Bij welke personen en in welke situaties heeft u moeite om voor u zelf op te komen?

.....

.....

.....

.....

19. Heeft u zich ooit zo wanhopig gevoelt dat u aan zelfmoord dacht?

- Ja       Nee

Stelsel

**20.** Heeft u één of meerdere mensen op wie u terug kunt vallen, door wie u zich gesteund voelt?

- Ja       Nee

Zo ja wie zijn dit?

.....  
 .....  
 .....

**21.** Heeft u problemen of zorgen op het gebied van:

- Relatie, gezin en/of familie
- Financiën
- Werk/opleiding
- Huisvesting
- Gezondheid
- Psychische klachten
- Anders, namelijk: .....

**22.** In hoeverre kunt u rekenen op steun binnen uw omgeving (bijv. relatie, gezin en werk).

.....  
 .....  
 .....

Middelen

**23.** Gebruikt u medicatie?

- Ja       Nee

Zo ja, wat/waarvoor? .....

.....  
 .....

**24.** Gebruikt u iets van onderstaande middelen:

*Zo ja, geef hieronder aan wat en hoeveel.*

	Wat	Per dag	Per week
<input type="radio"/> Cafeïne	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Drugs	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Kalmerende of slaapmiddelen	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Pijnstillende middelen	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Nicotine	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Alcohol	_____	_____	_____