

Persoonsgegevens

Vul s.v.p. uw contactgegevens in. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt om contact met u op te nemen en worden niet verstrekt aan derden.

man/vrouw

Voornaam:

Achternaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Email:

Geboortedatum:

Gewicht:

Lengte:

Naam zorgverzekeraar:

Relatienummer zorgverzekeraar:

Burgerlijke staat:

Heeft u kinderen:

Wat is u beroep?

Wat is u hoofdklacht?

Bent u in behandeling bij een therapeut/specialist/arts?

Bent u doorverwezen? Ja/Nee

Zo ja, door wie?

Hoe uiten de klachten zich?

Wat vindt u de belangrijkste klacht?

Rookt u?

Drinkt u alcohol?

Bent u zwanger?

Heeft u last van allergieën?

Gebruikt u medicijnen? Ja/Nee

Zo ja, welke?

Waarvoor is de medicatie gegeven en hoe lang gebruikt u deze?

Gebruikt u (vaak) pijnstillers? Ja/Nee

Zo ja, welke?

Gebruikt u voedingssupplementen?

Waar gebruikt u dat voor en vanaf wanneer?

Hoe vaak eet u per dag?

Heeft u vaak na een maaltijd weer snel een hongergevoel?

Start u elke dag met een ontbijt?

Eet u iedere dag fruit en groente? Ja/Nee

Kunt u aangeven hoe u gedurende dag eet en drinkt? (Ontbijt, lunch, avondeten en tussendoortjes)

Heeft u vaak drang naar zoet/ zout/ bitter/zuur of vet voedsel?

Zo ja, welke smaken en op welke tijden?

Slaat u makkelijk maaltijden over?

Heeft u na een maaltijd last van een opgeblazen gevoel?

Drinkt u koffie?

Zo ja, hoeveel kopjes per dag?

Drinkt u water of kruidentheeeën?

Zo ja, hoeveel glazen/kopjes per dag?

Heeft u een ziekte of een aandoening die officieel gediagnosticeerd is?

Zo ja, welke en hoelang?

Heeft het invloed op uw dagelijkse leven?

Heeft u een voedingsallergie?

Zo ja, voor welke voeding bent u allergisch?

Heeft u last van voedselintolerantie?

Heeft u last van hooikoorts?

Zijn er ziektebeelden die in de familie voorkomen?

Zweet u vaak of veel?

Hebt u wel eens tropische landen bezocht?

Hoe is uw weerstand? (Heeft u vaak terugkerende verkoudheid of griep)

Hoe is uw energie?

Ervaart u veel stress?

Zo ja, welke en hoe uit dit zich?

Beweegt u dagelijks 30 minuten?

Doet u aan sport?

Zo ja, hoeveel vaak per week?

Welke sport?

Hoe is uw bloeddruk?

Heeft u last van darmklachten? Zo ja, hoe uit deze zich?

Heeft u dagelijks een ontlasting?

Hoe is de samenstelling van uw ontlasting? (waterig, geur, kleur, te hard, slijmerig, vetzig, bloed en onverteerde resten)

Hoe vaak plast u overdag en hoe vaak in de nacht?

Veel/weinig/donker/licht/bloed/pijn/nadruppelen/sterke geur

Heeft u slaap problemen? Zoals, inslapen of doorslapen.

Wordt u in de nacht wakker?

Wordt u in de ochtend uitgerust wakker of bent u in de ochtend moe?

Bent u snel moe? Zo ja, beschrijf de moeheid:

Heeft u last van uw ogen? Branderig/ jeuk/rood/vlekjes/tranend/droog

Borst: benauwd/druk/hoesten/kuchen/slijmproductie.

Kleur van de slijm: doorzichtig, wit, geel, groen of is er bloed.

Heeft u last van u oren? Gehoor/oorsuizen/jeuk/oorsmeer.

Hoe is uw huid? Droog/vet/puistjes/moedervlekken/eczem/irritatie/jeuk/roodhuid/vlekkerig/rosea:

Hoe is u emotionele toestand? Angstig/schrikkerig/druk/zenuwachtig/verdrietig/depressief/opgewekt.

Bent u vaak duizelig?

Bent u duizelig bij het opstaan?

Heeft u problemen met bewegen? Zoals, lopen,/staan/ zitten of liggen.

Heeft u pijnklachten? Zowel, waar?

Is de pijn scherp of dof?

Verergert of vermindert de pijn: bij druk, bij kou, bij warmte of bij vochtig weer, bij bewegen of lang stilzitten/liggen?

Is uw pijn seizoensgebonden? Zo ja dan wanneer? lente, zomer, herfst of winter?

Wisselt de plaats waar u pijn heeft? Ja/nee

Bij welke beweging heeft u pijn?

Hoe is u menstruatie cyclus? Regelmatig of anders?

Hoe is het kleur en verloop van de menstruatie: lichtrood/ donkerrood met stollingen/ grote hoeveelheid/ weing/begint met weinig en daarna veel.

Heeft u pijn voor de menses? Zo ja, beschrijf de pijn; dof, scherp, op 1 plaats, meer pijn of minder pijn bij druk?

Gaat het beter bij beweging of slechter bij beweging, beter bij warmte?

Hoe is de bevalling verlopen? Makkelijk/moeilijk/langdurig/ kort/ ingeknipt/ keizersnee/ weeën opgewekt/ weeën onderdrukt.

Hoe vaak bent u bevallen?

Heeft u borstvoeding gegeven?

Heeft u een abortus of een miskraam gehad? Zowel, hoe vaak?

Zit u in de menopauze? Zo ja, wanneer is dit gestart?

Heeft u last van opvliegers, zoetaanvallen, moodwings, tranpiratie overdags of 's nachts?

