 **Anamnese**
**1.Persoonlijke gegevens:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Voornaam:Naam:** |  | **Geboortedatum:** |  |
| **Adres:** |  | **Ziekenkas:** |  |
| **Tel/Gsm nummer:** |  | **Huisarts:** |  |
| **Email:** |  | **Tel.nr huisarts:** |  |
| **Hoe gevonden:** | 1. internet
 |  0 doorverwezen door: |
|  |  0 telefoonboek |  0 ander: |

 **2. Levenswijze:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beroep:** | 0 welk beroep: 0 hoeveel uren per week: |
| **Kinderen:** | 0 neen 0 ja hoeveel : |
| **Hobby:** | 0 neen  |
| 0 ja welke: |
| **Sport:** | 0 neen  |
| 0 ja soort sport: hoeveel uren per week: |
| **Rookt u:** | 0 neen 0 ja hoeveel per dag rookt u: |

**3. Reden van u komst:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wat is u voornaamste/ huidige klacht:** | **Wanneer is de klacht ontstaan?** |
| **Was er een aanleiding Is er vlak daarna iets gebeurd?** | **Hoe uit zich de klacht?****Is er een regelmaat of patroon in te ontdekken?** |
| **Zijn er omstandigheden die verergering of verbetering geven:**Vb warmte/koude |
| **4. Heeft u Allergie of intoleranties Zo ja welke en sinds welk jaar heeft u dit al ??** | **5.Bent u op het moment in behandeling of Therapie?****Zo ja welke?** |
| **6.Medicatie: 0 welke medicatie neemt u?0 Voor wat neemt u deze medicatie?0 gebruikt u voedingssupplementen welke en hoeveel?0 neemt u hormonen preparaten** --------------------- | Lijst van medicatie en **Hoelang** neemt u de medicatie?-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |

|  |  |
| --- | --- |
|  **7.Heeft u nog andere klachten en welke? Welk jaar is dit begonnen** | **Welk jaar** |
| **1** | **Jaar:** | **5** | **Jaar:** |
| **2** | **Jaar:** | **6** | **Jaar:** |
| **3** | **Jaar:** | **7** | **Jaar:** |
| **4** | **Jaar:** | **8** | **Jaar:** |
| **5** | **Jaar:** | **9** | **Jaar:** |
| **6** | **Jaar:** | **10** | **Jaar:** |
| **7** | **Jaar:** | **11** | **Jaar:** |
| **8** | **Jaar:** | **12** | **Jaar:** |

|  |
| --- |
| **5.Ziektes Welk zieke en welk jaar was de ziekte? 0 ja en welke**-----------------------------------------------------------------------------------------**Zijn er erfelijke ziektes gekend in de familie? 0 ja en welke**------------------------------------------------------------------------------------------**Welke Kinderziektes heeft u gehad?**------------------------------------------------------------------------------------------ |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.Operaties Welke operatie en in welk jaar**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | **7.Ongevallen Welk ongeval had u en in welk jaar? Ook je kinderjaren?-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Wat verwacht u van de behandeling? Wat wilt u graag bereiken?****-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** | **10.Extra noties:-****----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |

**11.Voedingswijze:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Wat eet u overdag?** | Therapeut in te vullen |
| Ontbijt | 0 neen 0 ja : wat eet u gewoonlijk?0 eet u een warm ontbijt? |  |  |
| Middagmaal | 0 neen 0 ja: Wat eet u gewoonlijk?0 eet u een warm |  |  |
| Avondmaal | 0 neen 0 ja : Wat eet u gewoonlijk?0 eet u een warm |  |  |
| **Voorkeur smaak** | 0 geen 0 scherp 0 zuur0 bitter 0 pikant 0 zoet |  |
| **Smaak in de mond** | 0 geen 0 scherp 0 zuur 0 droge mond 0 bitter 0 pikant 0 zoet 0 vochtige mond |  |
| **Temperatuur eten** | 0 Geen voorkeur0 voorkeur koud eten 0 voorkeur warm eten |  |
| **eetlust** | 0 goed 0 slecht |  |
| Eet u fruit: | 0 neen 0 ja hoeveel: |  |
| Eet u groenten: | 0 neen 0 ja hoeveel: |  |
| Eet u vlees: | 0 neen 0 ja hoeveel/week: |  |
| Eet u vis: | 0 neen 0 ja hoeveel/week: |  |
| **dorst** | 0 veel dorst 0 weinig dorst |  |
| **Temperatuur drinken** | 0 geen voorkeur0 voorkeur koude drank0 voorkeur warm drank |  |
| Drinkt u water: | 0 neen 0 ja hoeveel/dag |  |
| Drinkt u:  | 0 KOFFIE hoeveel/dag………………0 THEE hoeveel/dag………………0 sapjes hoeveel/dag……………… |  |
| **Drinkt alcohol:** | 0neen 0 ja hoeveel/dag |  |
| Eet u veel gefriteerd: | 0 neen 0 ja hoeveel/week |  |
| Eet u tussendoortjes | 0 neen 0 ja hoeveel/dagWelke: 0 iets zoets 0 fruit 0 groenten 0 ander:  |  |

**Geachte Klant,**

**Heel belangrijk is het jaar van de ziektes, klachten en operaties in te vullen.
Gelieve er op te letten dat je deze zo correct mogelijk invult.
Een goed ingevuld anamnese blad is voor me nodig om een goed behandelplan op te stellen .
Dank u vriendelijk voor u medewerking.
Aneke

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOOR THERAPEUT in te vullen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3)Hoofd:**pijn. DuizeligheidHoe voelt het hoofd |  |  |
| **8) Ogen Oren** |  |  |
| Neus |  |  |
| **5) Mond****9) dorst/drinken** |  |  |
| Gebit |  |  |
| Keel/hals |  |  |
| Lymfe |  |  |
| **4)Maag** |  |  |
| **6) Darmen/ontlasting** **Urinewegen** |  |  |
| Nek |  |  |
| Schouders |  |  |
| **11) ledenmaten**:Armen / HandenBenen Voeten |  |  |
| Wervelkolom |  |  |
| Heupen |  |  |
| Longen |  |  |
| Hart/bloedsomloop |  |  |
| **12)Hormonen** |  |  |
| **13)Algemene vragen** |  |  |
| **7) Slaap** |  |  |
| **2)transpiratie** |  |  |
| Heeft u last van |  |  |
| seizoen |  |  |
| **10) pijn** |  |  |
| **1)Koud/warm** |  |  |
| **14) Energie niveau** |  |  |