 **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 zuur 0 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 voorkeur 0 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 voorkeur  0 voorkeur koude drank 0 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/dag  Welke: 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. Duizeligheid  Hoe 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 / Handen  Benen 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** |  |  |