**Anamnese (intake)**

**Deze informatie wordt vertrouwelijk en discreet behandeld door uw coach/therapeut en dient uitsluitend ter ondersteuning van het programma.**

Datum

\*: doorhalen wat niet van toepassing is.

 Schrijf het gegevens van het patient .

**Persoonsgegevens**

Naam:

Achternaam :

adres:

postcode:

Woonplaats :

telefoon:

Email :

Geboortedatum:

Man /vrouw

beroep:

Verzekeringnr:

Zorgverzekering :

Huisarts naam en telefoon:

**Welke klachten heeft u op dit moment en hoe lang bestaan deze al?**

**Hoe uiten deze zich?**

**Wat vindt u zelf de belangrijkste klachten?**

**Bent u onder behandeling bij een specialist ?**

**Bent u eerder bij een therapeut in behandeling geweest of bent u dat nog steeds ?**

**Bent u onder behandeling bij u huisarts ?**

**Heeft u een allergie?**

**Gebruikt u medicijnen? ja / nee\***

Zo ja, welke en waarvoor dient het?

Welke dosering?

**Gebruikt u pijnstillers? Ja / nee\***

Zo ja, welke hoeveel en hoe vaak?

**Gebruikt u voedingssupplementen? Ja / nee\***

Zo ja, welke en waarvoor?

Welke dosering?

**Vragen m.b.t. voeding**

Heeft u kind Borstvoeding gehad ? ja of nee

Zo ja Hoeveel maanden ?

Zo nee welke fles voeding of melkprodukten gebruikt u ?

**vragen m.b.t. het gezondheidsverleden van het Baby of Kind**

**-Heeft u kind vaccinaties gehad ?**

- welke vacinaties heeft u kind gehad en wanneer ?

-Wilt u een kopie van vaccinaties lijst meesturen of meenemen ?

- Heeft u kind een of meerdere operaties ondergaan en zo ja, welke ?

**Vragen met betrekking tot het immuunsysteem:**

- Vermoedt u bij kind een voedselallergie en zo ja, welke?

- heeft u kind sneller last van koorts

- Heeft u kind last van eczeem of huiduitslag?

- Heeft u vaak last van jeuk? Ja / nee\*

 Zo ja, kunt u dit nader omschrijven?

- Heeft u kind snel last van vermoeidheid?

- huilt hij /zij vaak ?

- Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn ?

 **Vragen m.b.t. de huidige conditie**

- Is uw kind stoelgang regelmatig? Ja / Nee\*

 Zo ja, hoe vaak per dag / week?

- Is de samenstelling van de ontlasting erg wisselend? Ja / Nee\*

 Zo ja, probeer dit te omschrijven.

- Heeft u kind snel last van zijn darmen? Ja / Nee\*

- Heeft u kind snel last van een opgeblazen gevoel?

- Geneest u kind snel van wondjes? Ja / nee\*

-Heeft u kind woedeaanvallen of huilbuien ?

Kan u het omschrijven ?

- Heeft u kind problemen met slapen? Ja / nee

 Zo ja:

 Met het in slaap vallen? Ja / Nee

 Met het doorslapen? Ja / Nee

 Word’t hij of zij nachts vaak wakker? Ja / Nee

 Droomt hij / zij regelmatig? Ja / Nee

- Komt u kind ’s ochtends gemakkelijk en uitgerust uit uw bed?

- Hoe omschrijft u uw kindje gezondheidssituatie?

- Wat zou willen veranderen ?

**Is er iets wat u wilt meedelen ?**

 **VRAGEN VOOR MOEDER VAN HET KIND**

 **Moeder Bevalling normaal of met keizersnee:**

 **Hoe was het zwangerschap van de moeder ?**

 **Complicaties ?**

 **Kan u het beschrijven ?**

 **Is er tijdens het Zwangerschap Suiker test gemaakt ?**

Controles tijdens het zwangerscahp door Verloskunde of Gynocolog ?

Leeftijd : Lengte : cm Gewicht:\_\_\_\_kg

Ik heb alle informatie naar waarheid ingevuld ,

Datum;

Naam van beide ouders :

Beide ouders Handtekening: