

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 zwangerschap door Verloskunde of Gynocolog ?

Leeftijd : _____ Lengte : _____ cm Gewicht: _____ kg

Ik heb alle informatie naar waarheid ingevuld ,

Datum;

Naam van beide ouders :

Beide ouders Handtekening:

