

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.

Persoonsgegevens

Naam:

adres:

postcode: woonplaats

telefoon: e-mail:

geboortedatum: man/vrouw

beroep:

Verzekering nr:

Zorgverzekering :

Huisarts naam en telefoonnr.

Gezinssamenstelling:

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?

Rookt u? Ja/ nee*

Zo ja, hoeveel per dag?

Vindt u uzelf stressgevoelig? Ja / Nee* (wilt u dit delen)

Heeft u zorgen en/of angsten omtrent het een of ander ja / nee*

Zo ja, waarvoor?

Vragen m.b.t. het bewegingspatroon

- Loopt u dagelijks veel / matig / weinig*

Vragen m.b.t. voeding

- Heeft u vaak behoefte aan zoetheid
- Gebruikt u alcoholische dranken? Ja / nee*
- Heeft u wel eens een dieet gevolgd en zo ja, welke....

vragen m.b.t. het gezondheidsverleden

- hoe was uw conditie door de jaren heen?
- Heeft u een of meerdere operaties ondergaan en zo ja, welke ?

Vragen met betrekking tot het immuunsysteem:

- Vermoedt u bij uzelf een voedselallergie en zo ja, welke?
- Heeft u last van eczeem of huiduitslag?
- Heeft u snel last van vermoeidheid?
- Heeft u regelmatig last van hoofdpijn?
- Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn ?

Alleen voor vrouwen

- Bent u zwanger geweest? Ja / nee*
Zo ja, deden zich bij de zwangerschap(pen) en/of bevalling(en) complicatie voor?
- Verloopt of verliep de menstruele cyclus normaal?
- Gebruikt u de pil of spiraal ?

- Bent u in de overgang? Ja / nee
- Moet u vaak plassen? Ja / nee*
Zo ja moet er 's nachts uit om te plassen en hoe vaak?
- Heeft u regelmatig het gevoel dat de blaas niet goed leeg te kunnen plassen?

Vragen m.b.t. de huidige conditie

- Is uw 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 snel last van uw darmen? Ja / Nee*
- Heeft snel last van een opgeblazen gevoel?
- Geneest u snel van wondjes? Ja / nee*
- Hoe is uw bloeddruk? goed / te hoog / te laag / wisselend / geen idee*
- Heeft u vaak last van jeuk? Ja / nee*
Zo ja, kunt u dit nader omschrijven?
- Heeft u problemen met slapen? Ja / nee
Zo ja:

Met het in slaap vallen? Ja / Nee

Met het doorslapen? Ja / Nee

Word't u 's nachts vaak wakker? Ja / Nee

Droomt u regelmatig? Ja / Nee
- Komt u 's ochtends gemakkelijk en uitgerust uit uw bed?
- Hoe omschrijft u uw eigen gezondheidssituatie?

Aanvullende vragen of opmerkingen?

Leeftijd : _____ Lengte : _____ cm Gewicht: _____ kg

Ik heb alle informatie naar waarheid ingevuld ,

Datum;

Naam;

Handtekening;

