Melezza Health Care Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Anamnese (Intakeformulier) voor vrouwen

**Deze informatie wordt vertrouwelijke en discreet behandeld door uw coach/therapeut en dient uitsluitend ter ondersteuning van het programma. Graag zo eerlijk mogelijk invullen voor een adequate patiënt informatie.**

**Persoonsgegevens**

Naam en Achternaam :

Straat :

Postcode en woonplaats :

Geboortedatum :

Geslacht :

Telefoon :

E-Mail :

Beroep :

Gezinssamenstelling :

**Verzekeringsgegevens**

Zorgverzekering :

Verzekeringsnummer :

**Huisartsgegevens**

Naam :

Telefoonnummer :

Wie heeft u naar ons verwezen?

|  |
| --- |
|  |

Wat is uw voornaamste klacht?

|  |
| --- |
|  |

Wanneer en hoe is deze begonnen en hoe heeft het zich ontwikkeld?

|  |
| --- |
|  |

Welke zijn de bijkomende klachten op dit moment?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

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 uw huisarts?

|  |
| --- |
|  |

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd, vrolijk, gelukkig)

|  |
| --- |
|  |

Welke voeding kunt u niet goed verdagen?

|  |
| --- |
|  |

Gebruikt u anticonceptiemiddelen? Zo ja, wat voor? (Pil, spiraal etc.)

|  |
| --- |
|  |

Wat is uw lengte? En wat is uw gewicht?

|  |
| --- |
|  |

Welke medicatie, pijnstillers en voedingssupplementen gebruikt u? En hoe vaak?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicatie** | **Pijnstillers** | **Voedingssupplementen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Ziektegeschiedenis**

Kunt u chronologisch omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen, fracturen, ziekenhuisopnames u in uw leven hebt doorgemaakt.
2. De kinderziekten die u heeft gehad.
3. Eventuele zwangerschap, het verloop daarvan en de bevalling.

|  |  |
| --- | --- |
| **LEEFTIJD** | **ZIEKTE/KLACHT/ZWANGERSCHAP/ONTWIKKELING** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Zijn er familiaire ziekten en/of erfelijke aandoeningen in uw familie? (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MOEDER | VADER | OVERIGE FAMILIELEDEN |
|  |  |  |
|  |  |  |

Heeft u vaccinaties gehad? Zo ja, wanneer en welke?

|  |
| --- |
|  |

Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een alternatief genezer (bv homeopaat, acupuncturist) Zo ja, met welke resultaten?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziekte en/of gebeurtenis was de zwaarste in uw leven?

|  |
| --- |
|  |

Gebeurde er iets bijzonders voor uw huidige klachten begonnen?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u een periode gehad van burn-out/overspannen zijn?

|  |
| --- |
|  |

Wat verwacht u van de behandeling?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u een groot emotioneel trauma meegemaakt zoals:

|  |  |
| --- | --- |
| scheiding? | ja/nee |
| financiële stress? | ja/nee |
| seksueel misbruik? | ja/nee |
| ongeluk? | ja/nee |

**UITGEBREID ANAMNESE FORMULIER**

Geef aan wat u regelmatig eet, drinkt of gebruikt:

|  |  |
| --- | --- |
| Alcohol | ja/nee |
| Sigaretten/rookwaren | ja/nee |
| Kraanwater | ja/nee |
| Bron-, mineraalwater | ja/nee |
| Frisdrank | ja/nee |
| Kant en klare maaltijden | ja/nee |
| Gefrituurd eten  | ja/nee |
| Thee, geen kruidenthee | ja/nee |
| Kruidenthee | ja/nee |
| Koffie | ja/nee |
| Witte meelproducten (pasta en wit brood) | ja/nee |
| Vleeswaren | ja/nee |
| Margarine/halvarine  | ja/nee |
| Melkproducten | ja/nee |
| Kunstmatige zoetstoffen | ja/nee |
| Suiker, koek, snoep en andere zoetwaren | ja/nee |
| Vitamines en mineralen, | ja/nee |
| Specificeer vitamines en mineralen: |

Geldt dit voor u?

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u in de overgang | ja/nee |
| Complicaties tijdens de zwangerschap | ja/nee |
| Complicaties tijdens de bevalling | ja/nee |
| Dikwijls aan de lijn doen | ja/nee |
| Minder dan 3x per week sport | ja/nee |
| Bloot staat aan stress | ja/nee |
| Bloot staat aan chemicaliën op het werk | ja/nee |
| Bloot staat aan sigarettenrook | ja/nee |

CATEGORIE 1

Gebruiksaanwijzing: Lees elke beschrijving goed, zet een kruisje bij dat het beste de frequentie van uw symptomen van het laatste jaar omschrijft.

**0**=nooit

**1**=mild *(eens in de maand of minder)*

**2**=gemiddeld *(enkele keren per maand)*

**3**=hevig *(vrijwel constant)*

Indien u een symptoom niet begrijpt, plaats dan een vraagteken vóór het symptoomnummer.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie A:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Slechte adem, stinkende adem |  |  |  |  |
| 2. Gebrek aan eetlust voor eiwitrijk eten    (vlees etc.) |  |  |  |  |
| 3. Zuurbranden of nerveuze maag, verbetert    na het eten |  |  |  |  |
| 4. Gasvorming kort na het eten |  |  |  |  |
| 5. Indigestie half à 1 uur na het eten,    kan 3-4 uur duren |  |  |  |  |
| 6. Moeilijke vertering van fruit en groenten,    niet verteerde resten in ontlasting |  |  |  |  |
| 7. Zure of gekruide spijzen maken de maag    van streek |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie B:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8.   Winderigheid en/of opgeblazen gevoel      uren na het eten |  |  |  |  |
| 9.   Brandende voeten |  |  |  |  |
| 10. Oogwit kleurt geel |  |  |  |  |
| 11. Droge huid, jeukende voeten of      huidschilfers aan de voeten |  |  |  |  |
| 12. Bruine vlekken of verkleuringen op de      huid |  |  |  |  |
| 13. Bittere metaalsmaak in de mond |  |  |  |  |
| 14. Troebel zicht  |  |  |  |  |
| 15. Hoofdpijn boven de ogen |  |  |  |  |
| 16. Misselijk, zwakke maag, makkelijk     overgeven |  |  |  |  |
| 17. Kleur ontlasting lichtbruin of gelig |  |  |  |  |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Last na vette maaltijden |  |  |  |  |
| 19. Pijn tussen de schouderbladen |  |  |  |  |
| 20. Donkere kringen onder de ogen |  |  |  |  |
| 21. Zure adem |  |  |  |  |
| 22. Verleden van galaanvallen of galstenen |  |  |  |  |
| 23. Verminderde eetlust |  |  |  |  |
| 24. Heeft u jeuk? |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie C:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Beslagen tong of vlokkerige aanslag op te      tong |  |  |  |  |
| 25. Winderigheid, gasvorming (stinkend) |  |  |  |  |
| 26. Darmirritatie of slijmerige darmontsteking |  |  |  |  |
| 27. Ontlasting varieert van zacht naar waterig |  |  |  |  |
| 28. Ontlasting is pijnlijk en/of moeilijk |  |  |  |  |
| 29. Brandende of jeukende anus |  |  |  |  |

CATEGORIE 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Vol gevoel in hoofd, voor- en bijholten |  |  |  |  |
| 31. Niesaanvallen |  |  |  |  |
| 32. Dromen, nachtmerrieachtige dromen |  |  |  |  |
| 33. Last van melk- en/of tarweproducten |  |  |  |  |
| 34. Waterige neus en ogen |  |  |  |  |
| 35. Opgezwollen ogen en kortademig |  |  |  |  |
| 36. Snelle pols na maaltijden en/of bonzend      hart na rust |  |  |  |  |

CATEGORIE 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie A:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Verlangen naar zoetigheid of koffie     ‘s middags of halverwege de ochtend |  |  |  |  |
| 38. Hongerig tussen de maaltijden of enorme      eetlust |  |  |  |  |
| 39. Veel zoetigheid maakt de maag van     streek  |  |  |  |  |
| 40. Eten, indien nerveus |  |  |  |  |
| 41. Geïrriteerdheid voor de maaltijden |  |  |  |  |
| 42. Trillerig of licht in het hoofd als er niet op      tijd gegeten wordt |  |  |  |  |
| 43. Vermoeid, verbetert door iets te eten |  |  |  |  |
| 44. Hartkloppingen als er een maaltijd      overgeslagen wordt |  |  |  |  |
| 45. Wakker worden na een paar uur slapen,      moeilijk weer inslapen |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie B:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Spierpijn na gemiddelde beweging |  |  |  |  |
| 47. Gevoeligheid voor insectenbeten, vooral      van vliegen en muggen |  |  |  |  |
| 48. Verminderde spierspanning of zware      armen en benen |  |  |  |  |
| 49. Vergroot hart en/of hartfalen |  |  |  |  |
| 50. Zorgelijk, onzeker en/of snel      geëmotioneerd |  |  |  |  |
| 51. Trage pols (<65) of onregelmatige pols |  |  |  |  |

CATEGORIE 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie A:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. Toegenomen geslachtsdrift |  |  |  |  |
| 53. Stekende hoofdpijn |  |  |  |  |
| 54. Falend geheugen |  |  |  |  |
| 55. Verminderde suikertolerantie |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie B:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Verminderde of geen geslachtsdrift |  |  |  |  |
| 57. Abnormale dorst |  |  |  |  |
| 58. Gewichtstoename rond heupen of taille |  |  |  |  |
| 59. Maagzweer en/of dikke darmontsteking |  |  |  |  |
| 60. Veel suiker kunnen eten zonder      bijverschijnselen |  |  |  |  |
| 62. Geen menstruatie (jonge meisjes) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie C:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. Moeilijk aankomen, zelfs bij grote eetlust |  |  |  |  |
| 64. Hartkloppingen |  |  |  |  |
| 65. Nerveus, emotioneel, niet onder druk      kunnen werken |  |  |  |  |
| 66. Slapeloosheid |  |  |  |  |
| 67. Innerlijke nervositeit |  |  |  |  |
| 68. ’s Nachts transpireren |  |  |  |  |
| 69. Snelle pols tijdens rust |  |  |  |  |
| 70. Intolerantie voor hoge temperaturen |  |  |  |  |
| 71. Snel blozen |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie D:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 72: Moeilijk afvallen |  |  |  |  |
| 73. Verminderd initiatief en/of mentale      traagheid |  |  |  |  |
| 74. Snel vermoeid, slaperig overdag |  |  |  |  |
| 75. Gevoelig voor kou, slechte circulatie     (koude handen en voeten) |  |  |  |  |
| 76. Droge of schilferige huid |  |  |  |  |
| 77. Oorsuizen, geluiden in hoofd |  |  |  |  |
| 78. Slecht gehoor |  |  |  |  |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 79. Constipatie |  |  |  |  |
| 80. Overmatige haaruitval en/of stug/ruw      haar |  |  |  |  |
| 81. Hoofdpijn bij ontwaken, vermindert in de      loop van de dag |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie E:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 82. Verhoogde bloeddruk |  |  |  |  |
| 83. Hoofdpijnen |  |  |  |  |
| 84. Opvliegers |  |  |  |  |
| 85. Haargroei in gezicht of op lichaam (vraag      voor vrouwen) |  |  |  |  |
| 86. Mannelijk voorkomen (vraag voor      vrouwen) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sectie F:** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 87. Lage bloeddruk |  |  |  |  |
| 88. Trek in hartige voedingsmiddelen |  |  |  |  |
| 89. Chronische vermoeidheid, sufheid |  |  |  |  |
| 90. ’s Middags geeuwen |  |  |  |  |
| 91. Zwakte , duizeligheid |  |  |  |  |
| 92. Zwakte na verkoudheid, langzaam herstel |  |  |  |  |
| 93. Slechte bloedcirculatie |  |  |  |  |
| 94. Uitgeputte spieren en zenuwen |  |  |  |  |
| 95. Vatbaar voor verkoudheid, astma,      bronchitis (luchtwegen) |  |  |  |  |
| 96. Allergieën en/of netelroos |  |  |  |  |
| 97. Moeite om nauwkeurige bewegingen te      maken |  |  |  |  |
| 98. Last van gewrichtsontstekingen |  |  |  |  |
| 99. Zwakke geribbelde nagels |  |  |  |  |
| 100.Snel transpireren |  |  |  |  |
| 101.Langzaam op gang komen ’s morgens |  |  |  |  |
| 102.Hoofdpijnen – met name ’s middags |  |  |  |  |

CATEGORIE 5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 103.Vaak huiduitslag en/of netelroos |  |  |  |  |
| 104.Spier/been/teenkramp bij rust en/of       tijdens slapen |  |  |  |  |
| 105.Snel en/of vaak koorts |  |  |  |  |
| 106.Trek in chocolade |  |  |  |  |
| 107.Slechte voetengeur |  |  |  |  |
| 108.Vaak last van heesheid |  |  |  |  |
| 109.Moeite met slikken |  |  |  |  |
| 110.Stijve gewrichten na het opstaan |  |  |  |  |
| 111.Vaak overgeven |  |  |  |  |
| 112.Last van bloedarmoede |  |  |  |  |
| 113.Blauw oogwit (sclera) |  |  |  |  |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 114.’Brok in de keel’ |  |  |  |  |
| 115.Droge mond/ogen/neus |  |  |  |  |
| 116.Witte vlekken op nagels |  |  |  |  |
| 117.Langzaam helende wonden/makkelijk      littekenvorming  |  |  |  |  |
| 118.Verminderd smaakgevoel en/of      reukvermogen (of verlies van) |  |  |  |  |
| 119.Vatbaar voor verkoudheid, koorts en/of       infecties |  |  |  |  |
| 120.Nachtblindheid |  |  |  |  |
| 121.Verminderde eetlust |  |  |  |  |
| 122.Gewichtsvermindering |  |  |  |  |
| 123.Vermoeidheid voordat u iets heeft       gedaan |  |  |  |  |
| 124.Neiging tot zweten |  |  |  |  |
| 125.Bevende vingers |  |  |  |  |
| 126.Zwaarmoedig of depressief |  |  |  |  |
| 127.Is uw vader, moeder of broer of zus aan       kanker overleden? |  |  |  |  |
| 128.Droogheid of craquelé huid |  |  |  |  |
| 129.Teveel eeltvorming aan voetzolen |  |  |  |  |
| 130.Krans van verhard eelt aan de rand van       de hielen |  |  |  |  |
| 131.Hoornachtige korrels in de poriën van het       gezicht |  |  |  |  |
| 132.Verstopte talgklieren die men kan       uitknijpen |  |  |  |  |
| 133.Een te bleke of gelige huidskleur |  |  |  |  |
| 134.Oorsuizen/geluiden in hoofd |  |  |  |  |
| 135.Brandend gevoel in de mond |  |  |  |  |
| 136.Gevoelloosheid in handen en voeten      (‘slapende handen en voeten’) |  |  |  |  |
| 137.Intolerantie voor MSG(monosodium       glutamaat)-Chinese maaltijden |  |  |  |  |
| 138.Dromen niet kunnen herinneren |  |  |  |  |
| 139.Kloofjes of scheurtjes aan de       mondhoeken |  |  |  |  |
| 140.Geschubde kringen of schilfers rond de       neusvleugels |  |  |  |  |
| 141.Nagels hard en brokkelig |  |  |  |  |
| 142.Nagels sterk gestreept |  |  |  |  |
| 143.Een te rode tong |  |  |  |  |
| 144.Last van aften (zweertjes in de mond) |  |  |  |  |
| 145.Haar zonder glans, dof en dor  |  |  |  |  |
| 146.Haaruitval |  |  |  |  |
| 147.Tandsteen |  |  |  |  |
| 148.Regelmatig bloedneuzen |  |  |  |  |
| 149.Snel blauwe plekken |  |  |  |  |
| 151.Snel bloedend tandvlees |  |  |  |  |
| 152.Spierkramp (erger bij sport) |  |  |  |  |

CATEGORIE 6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 153.Bewust van zware en/of onregelmatige       ademhaling |  |  |  |  |
| 154.Onwel op grotere hoogtes |  |  |  |  |
| 155.Vaak zuchten, gapen |  |  |  |  |
| 156.Gezwollen enkels (‘s nachts erger) |  |  |  |  |
| 157.Kortademig bij inspanning |  |  |  |  |
| 158.Pijn in de borst en/of pijn uitstralen naar       linkerarm, erger bij inspanning |  |  |  |  |

CATEGORIE 7

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 159.Premenstruele spanningen |  |  |  |  |
| 160.Pijnlijke menstruatie (krampen etc) |  |  |  |  |
| 161.Zware of langdurige menstruele       bloedingen |  |  |  |  |
| 162.Pijnlijke, gevoelige borsten |  |  |  |  |
| 163.Te vaak menstrueren |  |  |  |  |
| 164.Acne, erger tijdens de menstruatie |  |  |  |  |
| 165.Depressieve gevoelens voor de       menstruatie |  |  |  |  |
| 166.Vaginale afscheiding |  |  |  |  |
| 167.Lichte menstruatie, snel overslaan |  |  |  |  |
| 168.Verwijderde baarmoeder/eierstokken |  |  |  |  |
| 169.Opvliegers tijdens de overgang |  |  |  |  |
| 170.Depressie |  |  |  |  |

CATEGORIE 8

Vragen met betrekking op uw eigen bevalling en kort daarna:

|  |
| --- |
| Bent u met een weenopwekker geboren? |
| Bent u met een keizersnee geboren? |
| Heeft u borstvoeding of flessenmelk gekregen indertijd? |
| Heeft u als kind voldoende liefde ervaren? |
| Was u als kind goed gezond? |

In onderstaand schema past kolom 1,2 of 3 het beste bij u. Welke kolom kiest u **vooral?** kruis het antwoord aan of maak het **vet** wat volgens u het dichtst bij u past.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1ste kolom | 2de kolom | 3de kolom |
| Hoe bent u gebouwd? | mager/tenger | normaal | stevig tot zwaar |
| Hoe is uw aard? | nerveus | niet snel nerveus | rustig |
| Hoe praat u? | snel | enthousiast | normaal |
| Kan u een maaltijd overslaan? | nee | ja, makkelijk | ik ben veel met eten bezig |
| Hoe slaapt u? | licht, slechte slaper | normaal | diep en lang, moeilijk opstaan |
| Vergeet u snel? | ja | normaal | ik heb een olifanten geheugen |
| Heeft u snel een opgeblazen gevoel? | ja | nee, bijna nooit | ik verteer langzaam |
| Bent u snel vermoeid? | ja | nee, niet echt | ik heb een constante energie |
| U loopt: | snel | vastberaden | langzaam  |
| Bent u perfectionistisch? | ja, zeker | nee | ik ben minder nauwkeurig |
| Bent u krachtig? | nee | gemiddelde | krachtig + uithoudingsvermogen |
| Kan u goed tegen koffie? | nee | ja | normaal |
| Houdt u van snoepen/zoet? | ja, ik snoep veel | niet echt | geef mij maar patat! |
| Houdt u van warmte? | matig | nee  | ja, heerlijk |
| Bij stress raakt u  | nerveus | boos, geïrriteerd | ik ben stressbestendig |
| Bent u een echte ondernemer? | nee | ja, zeker | geen idee |
| Houdt u van koud eten/salades | nee | ja | ik heb liever warm eten |
| Bent u kritisch ingesteld | nee | ja  | nee, ik ben verdraagzaam |
| Bij emoties ga ik  | minder eten | eet ik hetzelfde | ik ben een emotionele eter |

**Ik pas het beste bij kolom :** 1 / 2 / 3 (maak het cijfer **vet**)

**Overige vragen**

- Heeft u moeite met het slikken van capsules, tabletten e.d.? ja/nee

- Is er iets wat u verder nog graag kwijt wilt en wat niet in deze vragenlijst naar voren kwam?

**Verklaring**

*Hierbij verklaar ik dat ik alle informatie naar waarheid heb ingevuld.*

Naam :

Datum :

Handtekening :

============================================================

1. Indien u zich bij verhindering minimaal 48 uur van te voren afmeldt, zal de gereserveerde tijd van 1 uur consult niet in rekening worden gebracht.
2. Er worden geen antwoorden op vragen en testresultaten gegeven per mail.
3. Betreft uw privacy kunt u op de website van Melezza Health Care lezen wat wij garanderen. We hebben o.a. de beroepsgeheim eed afgelegd.

Bij het terugsturen van dit intake formulier gaat u akkoord met bovenstaande punten I,II en III.

Wilt u dit ingevulde formulier ruim voor uw afspraak terugsturen naar **melezza-praktijk@live.nl**.

Tijdens de eerste bezoek bespreken we de ingevulde criteria. Indien u eerder gedane testen heeft, wilt u deze dan meenemen? Als u reeds supplementen gebruikt, wilt u deze dan ook meenemen?

Ik dank u voor de genomen moeite.