**ANAMNESEFORMULIER**

BSN nummer:  
Naam:  
Adres: Postcode: Plaats:  
Burgerlijke staat:  
Beroep:  
Telefoon privé: Telefoon werk:  
Geboortedatum:  
E-mailadres:  
Huisarts:  
Specialist:  
Andere behandelaars:  
Verzekering: Polisnummer:

**Eventuele medicijnen en/of vaccinatiepapieren meenemen bij eerste bezoek, evenals ID.**

Wat is uw hoofdklacht?

Noem ook andere klachten die u wel eens heeft:

Is er een reguliere diagnose gesteld ? Welke ?

Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10.

Geef in chronologische volgorde vanaf uw geboorte uw ziektegeschiedenis weer. Denk ook aan kinderziektes.

Welke ( erfelijke) ziekten komen er in uw familie voor ?

Welke medicijnen heeft u de laatste jaren gebruikt ? ( Of vanaf uw geboorte)

Welke homeopathische middelen, vitaminen of andere medicatie gebruikt u of heeft u gebruikt ?

Gebruikt u de pil ?  
Wanneer is er voor het laatst een röntgenfoto gemaakt ? ( Denk ook aan de tandarts)

Heeft u andere onderzoeken gehad (M.R.I., C.T. )? En wanneer ?

Heeft u operaties ondergaan ? Wanneer en welke ?

Waarvoor bent u allemaal gevaccineerd ? Denk aan kinderziektes en buitenlandreizen.

Heeft u wel eens een grote val gemaakt? ( auto ongeluk/ hersenschudding)

Beschrijf eens een slecht moment uit uw leven (verdriet, verlies, angst) Wanneer

Hoe karakteriseert u uzelf ?

Hoeveel alcohol drinkt u in de week ?  
Hoeveel sigaretten rookt u per week ?  
Hoeveel snoept u per week ? En wat ?

Doet u aan lichaamsbeweging ? Wat doet u ?

Hoe ziet uw dagmenu eruit met eten, drinken en fruit ?

Hoe vaak gebruikt u voeding uit de magnetron: …………per week

Heeft u een bepaald voedingsmiddel waar u niet zonder kan ?

Kies uw smaak: zuur/bitter/zoet/scherp of juist gekruid/zout/hartig .

Heeft u amalgaam (grijze vullingen) in uw gebit ?  
Hoeveel en hoe lang al ?

Heeft u wortelkanaalbehandelingen ondergaan ?

Bent u wel eens zwanger geweest ? Hoe vaak ?  
Hoeveel kinderen heeft u ?

Hoe voelde u zich tijdens de zwangerschap ?

Hoe is nu uw menstruatie?

Heeft u wel eens opvliegers ?

Onder welke omstandigheden bent u geboren ? (ziekenhuis, keizersnee,complicaties)

Bent u wel eens gebeten door een dier ?  
Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad ?  
Bent u ergens allergisch voor ?

Staat u ’s morgens fit op ? Slaapt u goed ?

Bent u algemeen meer kouwelijk of warm ?  
Houdt u meer van warme of koude dranken ?  
Hoe vaak plast u per dag ? Moet u ’s nachts ook wel eens plassen ? Hoe vaak?  
Hoe is uw ontlasting, heeft u wel eens diarree of obstipatie ?

Heeft u wel eens pijn op de borst ?  
Heeft u vaak koude handen en/of voeten ?  
Zijn er onderzoeken geweest, die niet aan bod zijn geweest ?

Wat wilt u verder nog kwijt naar aanleiding van deze vragen of in het algemeen ?

Dank u voor uw medewerking, uiteraard gaan wij zeer vertrouwelijk om met uw gegevens en worden deze zonder uw toestemming niet besproken met derden.

U verklaart zich hierbij akkoord met de behandeling en met de kosten van het consult.

**Naam:**

**Datum:**

**Handtekening:**