

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE - VRAGENLIJST - NUTRAMIN

I. Personalia:

Naam:
Roepnaam:
Geslacht:
Nationaliteit:
Kinderen:
Huisarts:
Beroep:
Gewicht:
Hobby's:

Datum:

Voorletters:
Geboortedatum:
Burgerlijke staat:
Godsdienst:
Bloedgroep:
Verzekering:
Geboorteland:
Lengte:
Sporten:

Adres:
Woonplaats:
Email:

Postcode:
Telefoon:
BSN:

II. Hulpvraag

1. Wat zijn uw belangrijkste gezondheidsproblemen?

.....
.....
.....

2. Wat is uw hoofdklacht?

.....
.....
.....

3. Welke andere klachten hebt u?

.....
.....
.....

4. Hebt u een reguliere diagnose voor uw klachten?

.....
.....
.....

III. Algemeen

- 1. Komen uw klachten in de familie voor?
- 2. Welke ziekten hebt u doorgemaakt?.....
- 3. Bent u ooit geopereerd of in het ziekenhuis opgenomen geweest en waarvoor?
-
-
- 4. Bent u onder behandeling bij een specialist?.....
- 5. Welke vaccinaties hebt u in het verleden gekregen?
- 6. Bent u in de tropen geweest of heeft u een tekenbeet gehad?
- 7. Welke reguliere medicatie gebruikt u (exacte namen en de doseringen)?.....
- 8. Welke voedingssupplementen gebruikt u?
- 9. Hebt u een gezond voedingspatroon?.....
- 10. Gebruik u alcohol, drugs of andere middelen en rookt u?.....
- 11. Gebruikt u varkensvlees, koemelk of brood?.....
- 12. Gebruikt u aspartaam of light producten?.....
- 13. Wat doet u aan sporten en lichaamsbeweging per week.....
- 14. Hebt u bepaalde allergieën of overgevoeligheden?.....
- 15. Hebt u emotionele problemen?.....
- 16. Hebt u stress van uw werk, relaties of door een andere oorzaak?.....
- 17. Hebt u tijd voor uzelf en om dingen te doen die u graag doet?.....
- 18. Bent u momenteel nog bij andere behandelaars onder behandeling?.....

IV. Oorzaken van chronische klachten

Bij alle genoemde klachten en verschijnselen is de vraag of u hier last van heeft of er sprake van is. U kunt dit aangeven door het vakje aan te vinken.
 Een uitgebreidere toelichting op de vraag kunt u aan het eind van de vragenlijst geven.

1. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van een pathogene schimmelbelasting.

- 1. Last van schimmelinfecties de laatste jaren
- 2. Kalknagels of zwemmerseczeem
- 3. Jeuk, wit beslagen tong of witte vloed
- 4. Oorsuizen of Ménière (draaiduizeligheid) klachten
- 5. Regelmatig last van buikpijn
- 6. Onrustige, opgeblazen of winderige darmen
- 7. Verergeren van klachten door drukte of vochtigheid
- 8. Veel trek in zoet en trillen bij honger
- 9. Witte vlekken op de huid

10. Eén maand of langer antibiotica gebruikt
11. Anticonceptie pil of prednison gebruikt
12. Vochtige schimmelplekken in huis of vocht onder het huis

2. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van een pathogene virusbelasting:

1. Langdurige hardnekkige vermoeidheid
2. Vermoeide, rode en geïrriteerde ogen
3. In het verleden Pfeiffer of cytomegalie virus
4. Opgezette klieren in de keel
5. Regelmatig lichte verhoging van temperatuur of heel koud
6. Continu licht griepachtig gevoel, verzwakte weerstand, snel ziek
7. Wratten
8. Koortslip, gordelroos of eczeem
9. Kinderen hoge koorts gehad en daarna eczeem gekregen
10. Lichte ontlasting
11. Opgezette klieren in het keelgebied

3. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van een pathogene bacteriebelasting:

1. Ontstekingen
2. Antibiotica gebruikt voor bepaalde klachten
3. Voedselvergiftiging
4. Krentenbaard of wondroos
5. Lyme (tekenbeet, Borrelia, Babesia, Bartonella)
6. Wortelkanaal behandelingen
7. Buitenland geweest, zoals Turkije, India, Egypte etc.
8. Operatie ondergaan in het ziekenhuis
9. Stinkende ontlasting of adem
10. Last van het tandvlees
11. Ziekenhuis opname of op bezoek bij ernstig zieke patiënt

4. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van een pathogene parasietbelasting:

1. In het buitenland ernstige diarree gehad
2. Perioden van diarree of brijige ontlasting
3. Regelmatig pijn in een bepaald traject van de darm
4. Slijm bij de ontlasting
5. Misselijkheid
6. Koorts

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bloedarmoede en diarree | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gewrichtspijnen | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jeuk van de anus en/of het keelgebied | <input type="checkbox"/> |
| 10. Continu honger en afvallen | <input type="checkbox"/> |

5. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van een toxische belasting:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Eczeem of huidklachten | <input type="checkbox"/> |
| 2. Epilepsie of hoofdpijn boven de ogen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Verdraagt geen alcohol | <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergieën of overgevoeligheden | <input type="checkbox"/> |
| 5. Amalgaamvullingen | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wortelkanaal behandelde elementen | <input type="checkbox"/> |
| 7. Stinkend zweet | <input type="checkbox"/> |
| 8. Eczeem boven de ogen en rond de mond | <input type="checkbox"/> |
| 9. Narcose, chemo, bestralingen en/of inenting | <input type="checkbox"/> |
| 10. Langdurig medicijngebruik | <input type="checkbox"/> |
| 11. Werken met toxines, laboratorium, industrie, kleur- en verfstoffen | <input type="checkbox"/> |
| 12. Luchtvervuiling in de woonomgeving | <input type="checkbox"/> |

6. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van geopathie en/of elektrosmog:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Slecht inslapen en vervolgens lang doorslapen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vroeg wakker worden en vermoeider opstaan dan voor het naar bed gaan | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nerveus en onrustig zijn, 's nachts hartkloppingen en opvliegers | <input type="checkbox"/> |
| 4. Benen niet stil kunnen houden in bed, stram en stijf bij het opstaan | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hoofdpijn en duizeligheid, hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pijn in de rug met uitstraling in het linker been | <input type="checkbox"/> |
| 7. Verschijnselen van hypothalamusstoring zoals temperatuurproblemen, slechte concentratie en geheugen, eetstoornissen, slechte stemming, slaapstoornissen en angsten | <input type="checkbox"/> |
| 8. Huilen in bed van kleine kinderen en baby's | <input type="checkbox"/> |
| 9. Stroom bij het hoofdeinde van het bed binnen 1 meter van het hoofd | <input type="checkbox"/> |
| 10. Elektrisch bed of een waterbed of stroom met apparaten aan de andere kant van de muur bij het hoofdeinde van het bed. | <input type="checkbox"/> |

7. Aanwijzingen voor littekenstoring:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Geblokkeerde energie van een meridiaan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stug bindweefsel in een litteken | <input type="checkbox"/> |
| 3. Verkleefde en/of pijnlijke littekens | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tatoeage, brandwonden | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gebitextracties | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ongelukken, operaties (keizersnede) | <input type="checkbox"/> |

8. Aanwijzingen voor storingen van het gebit:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Veel tandsteen en plaquevorming | <input type="checkbox"/> |
| 2. (Kaak)holte ontstekingen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Parodontitis volgens de tandarts | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gevoeligheid voor fysische of thermische prikkels van gebitselementen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gevoelige wortelkanalen, wortelkanaalbehandelingen | <input type="checkbox"/> |
| 6. Terugtrekkend tandvlees | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bloedend tandvlees | <input type="checkbox"/> |
| 8. Pijnklachten van het gebit | <input type="checkbox"/> |
| 9. Implantaten | <input type="checkbox"/> |
| 10. Amalgaam | <input type="checkbox"/> |
| 11. Verstandskiezen | <input type="checkbox"/> |
| 12. Beugel | <input type="checkbox"/> |
| 13. Voelbare elektrische spanning in de mond | <input type="checkbox"/> |

9. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van onverwerkte emoties:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Verdriet, onverdraagzaamheid, vooroordelen, teleurstelling | <input type="checkbox"/> |
| 2. Starheid, rigiditeit, inflexibel, dogmatisch, perfectionisme | <input type="checkbox"/> |
| 3. Steeds terugkerende gedachten, zorgen maken, verslaving,
schizofrenie, innerlijke onrust | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onzekerheid, onmacht, gebrek aan vertrouwen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hartzeer, gekwetst zijn, niet kunnen vergeven, misbruikt zijn, vernederd zijn | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kwetsbaarheid, frustratie, onzekerheid, schaamte, verlatenheid | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besluiteloosheid, onzekerheid, onmacht, willeloosheid | <input type="checkbox"/> |
| 8. Angst, fobieën, onzekerheid, achterdocht | <input type="checkbox"/> |
| 9. Stress, vrees, overbelasting, spanningen | <input type="checkbox"/> |
| 10. Somberheid, afgunst, haat, depressiviteit, hopeloosheid, eenzaamheid | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|--|--------------------------|
| 11. Verbittering, woede, schuldgevoel, frustratie, prikkelbaarheid | <input type="checkbox"/> |
| 12. Boosheid, frustratie, ergernis, drift, ongelukkig zijn | <input type="checkbox"/> |
| 13. Periode van hevige emoties en stress nu of in het verleden | <input type="checkbox"/> |
| 14. Heftige dromen met bepaalde emoties | <input type="checkbox"/> |

10. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van hersenkernstoring:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Hersenschudding, schedelbasis fractuur of whiplash trauma,
mechanische traumata | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vochtproblemen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Slaapstoornissen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Onbalans van het autonome zenuwstelsel, erg zweten | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problemen met eetlust en verzadigingsgevoel, obesitas | <input type="checkbox"/> |
| 6. Temperatuurstoringen, storingen libido | <input type="checkbox"/> |
| 7. Storing korte termijn geheugen | <input type="checkbox"/> |
| 8. PTSS (post traumatisch stress syndroom), angsten en fobieën | <input type="checkbox"/> |
| 9. Plotselinge boosheid, verdriet of angst | <input type="checkbox"/> |
| 10. Slechte stemmingen, depressie | <input type="checkbox"/> |

11. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van miasmata:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Neisseria gonorrhoeae in vorige generaties bij gynaecologische problemen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Treponema pallidum (sifilis) in vorige generaties bij leer-, gedrag-
en concentratieproblemen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Amalgaam, zware metalen in vorige generaties bij eczeem of tintelingen | <input type="checkbox"/> |
| 4. Psoriasis in vorige generaties bij huid- en darmklachten | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tuberculose in vorige generaties met klachten over huid,
longen, darmen en KNO-gebied | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kanker in vorige generaties met gebrek aan zelfvertrouwen en/of
angst om te falen | <input type="checkbox"/> |

12. Aanwijzingen voor chakrastoringen:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Angst of gevoel van niet geaard zijn | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sterke neiging te veel te willen doen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Te veel nadenken en zorgen maken | <input type="checkbox"/> |
| 4. Door en door moe | <input type="checkbox"/> |
| 5. Moeite met vergeven, veel geven aan anderen en moeite met ontvangen | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|---|--------------------------|
| 6. Star en dogmatisch zijn | <input type="checkbox"/> |
| 7. Moeite met grenzen aangeven en op het juiste moment nee zeggen | <input type="checkbox"/> |
| 8. Te veel aan het verleden en de toekomst denken, dromen niet vervullen | <input type="checkbox"/> |
| 9. Geen zin meer om te leven | <input type="checkbox"/> |
| 10. Overdreven sceptisch en perfectionistisch | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ongeduld | <input type="checkbox"/> |
| 12. Niet de eigen weg in het leven lopen, niet de dingen doen die je graag doet | <input type="checkbox"/> |

13. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van hormonen en neurotransmitters:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Vochtproblemen, veel dorst | <input type="checkbox"/> |
| 2. Groeistoornissen, slaapproblemen, stemming, geheugen en concentratie | <input type="checkbox"/> |
| 3. Libido, hoofdpijn, menstratiestoring | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gespannen, moe, snel ontstekingen, spierpijnen, bloeddruk, pijn binnenkant knie | <input type="checkbox"/> |
| 5. Snel koud, moe, traag, gewicht toename, obstipatie, minder initiatief | <input type="checkbox"/> |
| 6. s' Nachts vaak plassen, slappe straal, pijn aan de binnenkant van de benen | <input type="checkbox"/> |
| 7. Klachten voor de menstruatie, vaginale afscheiding, droogte, jeuk, hevige menstruatie | <input type="checkbox"/> |
| 8. Veel trek in zoet, trillen na lang niet eten, slechte vertering, eczeem handpalm | <input type="checkbox"/> |
| 9. Slecht geheugen, concentratie, depressief, slaapproblemen, verslaving | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mechanisch trauma hoofd, hersenschudding | <input type="checkbox"/> |
| 11. Pilgebruik of IVF | <input type="checkbox"/> |
| 12. Acné of andere huidklachten die reageren op de hormonen. | <input type="checkbox"/> |

14. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van VMAV (vitamines, mineralen, vetzuren en aminozuren):

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Slecht zien, nachtblind, slechte eetlust, moe | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stressgevoel, schilferige huid, jeuk, prikkelbaar, branden voeten, mondhoeken open | <input type="checkbox"/> |
| 3. Moe, duizelig, slechte eetlust, bloedarmoede, haatuitval, zwakke haarvaten | <input type="checkbox"/> |
| 4. eczeem, bloeddruk, droge huid, concentratie, stemming | <input type="checkbox"/> |
| 5. Spierkrampen, slecht slapen, trillend oog, moe, traag, hartkloppingen, oedeem | <input type="checkbox"/> |
| 6. Zwak immuunsysteem, geen reuk of smaak, witte plekje nagels, zoetbehoefte | <input type="checkbox"/> |
| 7. Blaaszwakte, bloedarmoede, stijve spieren | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jeuk, eetbehoefte, slecht slapen, telkens koortslip (herpes) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Slecht zelfhelend vermogen en slechte vitaliteit | <input type="checkbox"/> |
| 10. Afwijkende bloedwaarden van vitamines of mineralen nu of in het verleden | <input type="checkbox"/> |

15. Aanwijzingen voor klachten te gevolge van matrixstoring (BBRS):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Degeneratieve ziekten, tumoren | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cysten, vleesboom, sluimerende virussen (Pfeiffer en cytomegalie gehad) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Perioden van hevige emoties en stress | <input type="checkbox"/> |
| 4. Contact gehad met of regelmatig gebruik van giftige stoffen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Roken, drugs, veel alcohol | <input type="checkbox"/> |

16. Aanwijzingen voor klachten ten gevolge van niet vervulde basisbehoeften:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Niet begrepen of gewaardeerd voelen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Niet gerust zijn, geen vertrouwen hebben | <input type="checkbox"/> |
| 3. Niet kunnen vergeven, gebrek aan liefde, geen erkenning ervaren | <input type="checkbox"/> |
| 4. Afgekeurd voelen, bevestiging nodig hebben | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zich niet gerespecteerd voelen, aanmoediging nodig hebben | <input type="checkbox"/> |
| 6. Zich niet geaccepteerd voelen, bewondering nodig hebben | <input type="checkbox"/> |

17. Aanwijzingen voor de aanwezigheid van allergie en overgevoeligheden:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Direct merkbare reactie op bepaald voedsel | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeuk en huidklachten | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hoofdpijn, duizeligheid, migraine | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hyperactiviteit, gewrichtsontstekingen, eetstoornissen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Slijmvliesproblemen, buikpijn | <input type="checkbox"/> |
| 6. Allergietest uitgevoerd | <input type="checkbox"/> |

18. Aanwijzingen voor immuunsysteemstoring:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Snel en vaak ziek (immunodeficiëntie) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Aanhoudende klachten van longen, dikke darm, huid en slijmvliezen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Auto-immuunstoringen, zoals reumatoïde artritis, colitis ulcerosa, crohn, Graves-Basedow, Hashimoto zelf of in familie | <input type="checkbox"/> |
| 4. Verkoudheid of griepachtig, die altijd lang aanhoudt | <input type="checkbox"/> |
| 5. Allergieën en overgevoeligheden | <input type="checkbox"/> |

19. Aanwijzingen voor storing van het autonome zenuwstelsel:

- 1. Snel zweten of droogte
- 2. Trage darmwerking, spijsverteringsproblemen
- 3. Hartkloppingen of trage hartslag
- 4. Koude extremiteiten, moeite om aan andere temperatuur aan te passen
- 5. Burn-out, overspannen, opgejaagd gevoel, stressgevoel, altijd haastig gevoel

20. Causae abditae (onbekende oorzaken):

1. Zijn er middelen, maatregelen, invloeden of omstandigheden die de klachten duidelijk erger of beter maken?

.....
.....
.....

2. Is er bepaald voedsel dat de klachten duidelijk beter of erger maakt?

.....
.....
.....

3. Zijn er oorzaken waarvan u zelf denk dat ze de huidige klachten beïnvloeden of veroorzaakt hebben?

.....
.....
.....

4. Aanvullende informatie

.....
.....
.....

Afhankelijk van de antwoorden op de vragen, gaat de behandelaar u aanvullende vragen stellen om tot een optimale diagnose en een behandelplan te komen.

1. Is er nog informatie die van belang is voor de klachten als aanvulling op alle eerder gestelde vragen?

.....
.....
.....

2. Zijn er in het verleden nog bepaalde onderzoeken gedaan die belangrijke informatie opgeleverd hebben of waarbij iets afwijkend geconstateerd is of een bepaalde diagnose gesteld is?

.....
.....
.....

VI. Doel - Verwachtingen - Prognose

1. Wat is uw doel met betrekking tot de behandeling van de klachten en de totale therapie?

.....
.....
.....

2. Wat verwacht u van de prognose en het eindresultaat van de behandelingen?

.....
.....
.....

VII. Aanvullende informatie op bepaalde antwoorden en al het eerder genoemde

.....
.....
.....
.....
.....

Uw arts of therapeut zal de vragenlijst bekijken en de meest in het oog springende oorzaken met u doornemen. Meestal worden er aan de hand van de vragenlijst nog aanvullende vragen gesteld en kan er aanvullend onderzoek plaatsvinden. Op basis van alle verkregen informatie kan dan een samenvattende beoordeling en een behandelplan opgesteld worden.