



PERSOONSGEGEVENS

Voornaam:

Achternaam:

Geslacht:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Mobiel:

E-mail:

Huisarts:

Beroep:

Gezinssamenstelling:

Hobby's:

HOOFDKLACHT

Aard van de klacht:

Eventuele oorzaak:

Geef een cijfer tussen 0-10 (10 is erg) in hoeverre deze klacht uw leven beïnvloedt:

Is de klacht voortdurend aanwezig?

Zo niet, is er een regelmaat in te ontdekken?

Sinds wanneer bestaat uw klacht?

Verergerd de klacht ergens door?

Verbeterd de klacht ergens door?

Heeft u eerdere therapieën ondergaan wat betreft deze klacht?

Bent u op dit moment onder behandeling?

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

Zijn er nog andere klachten?



ALGEMENE DAGELIJKSE OMSTANDIGHEDEN

Doet u aan sport?

Zo ja, welke?

Gebruikt u genotsmiddelen?

(wijn, bier, sigaretten, snoepen e.d.)

Zo ja, hoeveel per dag/week?

Eet u bruin of wit brood?

Hoeveel groenten eet u per dag?

Hoeveel vlees/vis eet u per dag/week?

Gebruikt u veel melkprodukten?

(zoals kaas en melk) Hoeveel ongeveer?

Hoeveel suiker gebruikt u?

Gebruikt u vitaminepreparaten?

Zo ja, welke?

Volgt u een bepaald dieet?

Wat is uw gewicht?

Kunt u aangeven wat en hoeveel u per dag van het onderstaande drinkt?

Water:

Alcohol:

Koffie:

Thee:

PSYCHISCHE GEZONDHEID

Heeft u last van stress?

(bijvoorbeeld op het werk of in een thuissituatie)

Heeft u irritaties?

Heeft u slaapproblemen?

Hoe zijn uw werkomstandigheden?



INDICATIE OVER DE ALGEMENE GEZONDHEID

Huid

Neus

Keel

Hart

Nieren/Blaas

Nagels

Ogen

Oren

Maag

Darmen

Longen

Menstruatie (cyclus)

Plasgewoonten

Ontlastingsgewoonten

Spieren / gewrichten

Temperatuur

Hoofdpijn

Transpiratie

Schildklierwerking

Bloeddruk

Cholesterol



MEDISCHE GESCHIEDENIS

Bent u ooit geopereerd of opgenomen geweest in een ziekenhuis?
Zo ja, graag met reden en jaartal

Heeft u vroeger bepaalde medicijnen gebruikt?
Zo ja, welke en graag met reden en jaartal

Zijn er erfelijke ziekten in de familie?
Check wat van toepassing is

Hart en vaatziekten

Kanker

Hoge / lage bloeddruk

Spataderen/ aambeien

Luchtwegen

Anders, namelijk:

Psychische aandoeningen

Reumatische ziekten

Trombose

Bloedarmoede

Hersenbloedingen

Heeft u littekens?
Zo ja, waar

Bent u ergens allergisch voor?
Zo ja, waarvoor

WAAR STA JE NU?

K:

Energiescore:

Slaapscore:
