

## **ANAMNESE FORMULIER**

**Naam**

**Adres Postcode / Plaats**

**Email adres**

**Burg. Staat / Beroep**

**Telefoon**

**Geboorte datum / Geboorte Tijd en Plaats**

**Verzekering**

**Huisarts**

**Specialist (en)**

**Andere Behandelaar(s)**

**Medicijngebruik**

**Alternatieve middelen**

**Wat is uw hoofdklacht?**

**Welke andere klachten heeft u?**

**Bent u hiervoor bij een arts geweest? Is er een diagnose gesteld en welke behandeling heeft u tot nu toe gehad?**

**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 de familie voor?

Welke medicijnen heeft u de laatste jaren gebruikt? (vermeld anticonceptie pil)

Welke homeopatische middelen, vitamines of andere preparaten gebruikt u, of heeft u gebruikt?

Wanneer is voor het laatst een röntgenfoto gemaakt (denk ook aan tandarts)?

Heeft u andere onderzoeken gehad (MRI, CT)? Wanneer?

Heeft u operaties ondergaan? Wanneer en Welke?

Bent u wel eens onder narcose geweest?

Heeft u littekens of hechtingen gehad? Waar?

Wanneer bent u voor het laatst gevaccineerd?

Waarvoor bent allemaal gevaccineerd? Denk ook aan kinderziektes en buitenlandse reizen)?

Heeft u wel eens een grote val gemaakt, auto-ongeluk gehad?

Beschrijf een slecht moment uit uw leven (verdriet, verlies of angst). Wanneer?

Hoeveel alcohol drinkt u per dag?

Hoeveel sigaretten rookt u per dag?

Hoeveel snoept u per dag en wat?

Wat doet u aan lichaamsbeweging en hoeveel?

Hoe ziet in het algemeen uw dagmenu eruit met eten en drinken?

Hoe vaak gebruikt u voeding uit de magnetron?

Zijn er bepaalde voedingsmiddelen waar u niet zonder kunt?

Kies uw smaak: Zuur / Bitter / Zoet / Scherp of Gekruid / Zout of Hartig?

Heeft u Amalgaam (grijze vullingen) en of kronen in uw gebit? Hoeveel en hoe lang al?

Heeft u Wortelkanaalbehandelingen ondergaan?

Bent u zwanger geweest? Hoe vaak?

Hoeveel kinderen heeft u?

Hoe voelde u zich tijdens de zwangerschap? Waren er complicaties?

Hoe is nu uw menstruatie?

Heeft u wel eens opvliegers?

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

Bent u wel eens gebeten door een dier (denk ook aan teken)?

Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad?

Bent u ergens allergisch voor? Zoja waarvoor?

Staat u 's ochtends fit op?

Bent u in het algemeen meer koudelijk of warm?

Houd u meer van warme of koude dranken?

Hoe vaak plast u per dag?

Moet u 's nachts ook wel eens plassen?

Heeft u wel eens pijn op de borst?

Heeft u vaak koude handen en/of voeten?

Kunt u een gebeurtenis beschrijven die erg bepalend is geweest voor uw leven?

Zijn er belangrijke zaken die volgens u nog niet aan bod zijn geweest?

Dank u voor uw medewerking, uiteraard word er vertrouwelijk omgegaan met uw gegevens en zal niets zonder uw toestemming met derden besproken worden.

*Het consult dient na afloop contant te worden betaald.*

*Bij verhindering dient u uiterlijk 24 uur tevoren af te bellen, anders worden de volledige kosten in rekening gebracht.*

**Ik verklaar mij akkoord met de gemaakte afspraken.**

**Naam**

**Datum**

**Handtekening**