**Anamnese formulier**

Vul dit formulier in. Print het uit en neem het mee naar de eerstvolgend afspraak.

Datum intakegesprek ………………………………………………………………………………….

Naam + Voorletters ………………………………………………………………………………….

Roepnaam ………………………………………………………………………………….

Adres ………………………………………………………………………………….

Postcode en woonplaats ………………………………………………………………………………….

Telefoonnummers ………………………………………………………………………………….

Email adres ………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………….

Zorgverzekering nummer ………………………………………………………………………………….

Beroep ………………………………………………………………………………….

Naam huisarts ………………………………………………………………………………….

Verzekering + aanvulling ………………………………………………………………………………….

Verwezen door ………………………………………………………………………………….

Klachten

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uw voornaamste klacht

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Specialistisch onderzoek/behandeling

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Medicijnen/ingestelde behandeling

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Algehele gezondheid

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wanneer is de klacht begonnen en in welke omstandigheden

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Waardoor wordt ze eventueel uitgelokt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hebt u deze klacht aanhoudend?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Voelt u de klacht oppervlakkig of diep in uw lichaam?

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hoe wordt u klacht: Beter, slechter of blijft het zelfde wanneer u op de plaats van de klacht;

* Warmte aanbrengt
* Koud aanbrengt
* Druk aanbrengt
* Massage aanbrengt
* In beweging brengt

Hebben een of meerdere van uw familieleden een gelijkaardige klacht?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Hebt u op het ogenblik andere klachten?

Zo ja, welke?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Vroegere belangrijke ziektes? ………………………………………………………………………………………………

Welke en wanneer?...................................................................................................................

Vroegere operaties?..................................................................................................................

Welke en wanneer?..................................................................................................................

Bent u moe?

* ‘smorgens bij het opstaan
* Op een bepaald uur van de dag
* Na een kleine inspanning
* Wanneer niets te doen hebt

Hoe slaapt u?

* Inslapen
* Wakker worden tijdens de nacht
* Slaperig
* Dromen
* Nachtmerries

Transpireert u?

* Koud of warm zweet
* Ook ‘snachts
* Over het gehele lichaam of op welke plaatsen
* Heeft u gemakkelijk koorts

Bent u kouwelijk?

* Waar voelt u de koude
* Oppervlakkig of diep
* Handen en/of voeten
* Of integendeel heeft u het juist warm
* Waar

Hoe is uw eetlust?....................................................................................................

Heeft u veel dorst?...................................................................................................

Hoeveel drinkt u per dag?........................................................................................

Hebt u een opvallende voorkeur of afkeer voor een van de volgende smaken?

* Zuur
* Bitter
* Zoet
* Pikant
* Zout

Bent u gevoelig voor:

* Klimaatwisseling, onweer
* Regen, mist, sneeuw
* Wind
* Lawaai
* Fel licht

Heeft u last van?S

* Huidaandoeningen
* Brekende nagels

VROUWEN

Is uw menstruatie overvloedig, weinig, stolsels, pijnlijk, te laat, te vroeg?..............

Wat is de kleur van uw bloedverlies? Rood, bruin, purper?

Witverlies?....................

Zwangerschappen?...............

Bijzonderheden?......................................................................................................

Bent u:

* Zenuwachtig/onrustig?
* Opvliegend/snel geïrriteerd?
* Veel aan het piekeren/opkroppen
* Depressief/down/verdrietig?
* Angstig

Bent u uitbundig of gesloten van karakter?...................................................................

Hebt u zelfvertrouwen?.................................................................................................

Kunt u snel beslissingen nemen?...................................................................................

Bent u afhankelijk van anderen?....................................................................................

Voelt u zich goed:

* In uw omgeving
* In uw familie
* In uw beroepsleven

Heeft u last van:

* Hoofdpijn
* Haarverlies
* Concentratiestoornissen/leeg hoofd
* Slecht horen
* Slecht zien
* Slecht ruiken
* Slecht smaken
* Slechte mondgeur
* Oorsuizingen
* Duizeligheden
* Neusverkoudheden