



ORTHOBALANS ANAMNESEFORMULIER volwassene (graag zo volledig mogelijk invullen)

Personalia

Naam
Adres
Postcode
Plaats
Burgerlijke Staat
Beroep
Telefoon privé mobiel:.....
Telefoon werk
Geboortedatum
E-mail adres
Huisarts bericht huisarts akkoord? Ja/nee
Specialist
Ander Behandelaar(s)
Zorgverzekering en polisnummer.....
BSN nummer
Medicijngebruik
Alternatieve middelen

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 de familie voor?

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

Welke reguliere medicijnen gebruikt u nu?

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

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

.....

.....
Welke homeopathische middelen, vitamines of andere medicatie gebruikt u of heeft u gebruikt?
.....
.....

Wat is uw lengte en gewicht?cm enkg

Bent u onder behandeling van een specialist (geweest), en zo ja, welke?
.....

Heeft u andere onderzoeken gehad (M.R.I., C.T.)? Ja/nee

Wanneer?.....

Heeft u operaties ondergaan? Ja/nee

Wanneer en welke?.....
.....

Bent u wel eens onder narcose geweest? Ja/nee

Heeft u littekens of hechting? Ja/nee

Waar?.....

Heeft u amalgaam (grijze vulling) in uw gebit? Ja/nee

Hoeveel en hoe lang al?.....

Bent u ergens allergisch voor? Ja/nee

Zo ja waarvoor?.....
.....

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

Bent u, naar uw weten, wel eens door een teek gebeten? Ja/nee

Heeft u, naar uw weten, wel eens parasieten opgelopen? Ja/nee

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

Heeft u vaak last van hoofdpijn? Ja/nee

Indien ja, hoe vaak, op welke momenten?.....

Bent u onder behandeling van een psychiater en/of psycholoog geweest en zo ja wanneer?
.....

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

Wanneer?.....
.....

Hoe karakteriseert u uzelf?
.....
.....

Heeft u regelmatig last van angstige gevoelens? Ja/nee

Zo ja, waarvoor?.....

Heeft u last van pleinvrees? Ja/nee

Bent u stressgevoelig? Ja/nee

Heeft u regelmatig het gevoel een knoop in de maag te hebben? Ja/nee

Heeft u regelmatig paniekgevoelens? Ja/nee

Heeft u last van paniekaanvallen? Ja/nee

Heeft u moeite met ontspannen? Ja/nee

Stottert u? Ja/nee

Bent u perfectionistisch? Ja/nee

Bent u gevoelig voor geluid en licht? Ja/nee

Gebruikt u alcohol om rustiger te worden? Ja/nee

Ervaart u snel pijn?	Ja/nee
Heeft u veel over voor anderen?	Ja/nee
Voelt u zich regelmatig, zonder reden, onrustig?	Ja/nee
Slaapt u goed in?	Ja/nee

Hoe is uw stemming over het algemeen?.....	
Bent u obsessief bezig met bepaalde taken en/of mensen?	Ja/nee
Voelt u zich gedeprimeerd?	Ja/nee
Heeft u vaak huilbuien?	Ja/nee
Heeft u voortdurend het gevoel boos te zijn?	Ja/nee
Bent u snel geïrriteerd?	Ja/nee
Slaapt u slecht door?	Ja/nee
Heeft u onrustige darmen?	Ja/nee
Heeft u de neiging zich terug te trekken?	Ja/nee
Vind u het moeilijk uw emoties onder controle te houden?	Ja/nee
Ervaart u snel pijn?	Ja/nee
Heeft u snel de griep en/of een verkoudheid?	Ja/nee
Heeft u last van stemmingswisselingen?	Ja/nee

Staat u 's morgens fit op?	Ja/nee
Vind u het moeilijk om 's ochtends op gang te komen?	Ja/nee
Heeft u de neiging passief te blijven?	Ja/nee
Heeft u moeite met onder de mensen te komen?	Ja/nee
Vind u het moeilijk om echt te genieten van dingen?	Ja/nee
Vind u het lastig om beslissingen te nemen?	Ja/nee
Heeft u vaak last van hoofdpijn?	Ja/nee
Heeft u last van stijve gewrichten?	Ja/nee
Voelt u zich depressief?	Ja/nee
Heeft u veel behoefte aan aandacht van anderen?	Ja/nee

Vindt u uzelf vermoeid?	Ja/nee
Doet u aan lichaamsbeweging?	Ja/nee
Wat doet u?.....	

Bent u algemeen meer: koudelijk/warm?

Heeft u de neiging veel te vergeten?	Ja/nee
Hoe vaak plast u per dag?.....X	
Moet u 's nachts ook wel eens plassen?	Ja/nee
Heeft u wel eens pijn op de borst?	Ja/nee
Heeft u vaak koude handen en/of voeten?	Ja/nee

Drank en voeding

Bent u veel bezig met wat u wel of niet kunt eten?	Ja/nee
Zo ja, waarom?.....	
Hoe is uw eetlust? Slecht/Gemiddeld/Goed/Overmatig	
Hoeveel alcohol drinkt u per week?.....	
Rookt u?	Ja/nee
Hoeveel?.....	
Hoeveel snoept u per week en wat?	

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

Ontbijt.....

Tussendoor.....

Lunch.....

Tussendoor.....

Diner.....

Verder.....

In welke vetten en/of oliën bereidt u uw eten?.....

Gebruikt u boter op brood, en zo ja, welke?

Hoe vaak gebruikt u voeding uit de magnetron:.....x per week

Heeft u een bepaald voedingsmiddel waar u niet zonder kan?

.....
Heeft u vaak een opgeblazen gevoel na het eten?

Ja/nee

Zijn er voedingsmiddelen waar u niet goed tegen kunt, en zo ja, welke?

Ja/nee

.....
Heeft u vaak last van uw maag en/of darmen?

Ja/nee

Heeft u last van zuuroprispingen en/of boeren?

Ja/nee

Heeft u dagelijks diaree ?

Ja/nee

Heeft u dagelijks buikpijn?

Ja/nee

Heeft u bloed bij de ontlasting?

Ja/nee

Heeft u slijm bij de ontlasting?

Ja/nee

Heeft u constipatie afgewisseld met diaree?

Ja/nee

Heeft u last van chronische constipatie, zo ja hoe lang?

Ja/neemaanden/jaren

Is er sprake van vermagering?

Ja/nee

Opmerkingen

.....
Voor vrouwen:

Hoeveel kinderen heeft u?

.....
Indien u last heeft van angstige gevoelens en/of fobieën, heeft of had

u deze gevoelens alleen in de periode voorafgaand aan de menstruatie?

Ja/nee

Bent/was u snel geagiteerd voorafgaand aan de menstruatie?

Ja/nee

Heeft/had u last van krampen voorafgaande aan de menstruatie?

Ja/nee

Hoeveel dagen duurt/duurde uw cyclus?dagen

Heeft u, vlak voor de menstruatie, last van een opgezwollen buik en/of borsten?

Ja/nee

Heeft/had u inslaapproblemen vlak voor de menstruatie?

Ja/nee

Heeft/had u hoofdpijnklachten voornamelijk in de week voorafgaand aan de menstruatie?

Ja/nee

Gebruikt u de pil?

Ja/nee

Hoeveel dagen menstrueert(de) u?dagen

Verliest/verloor u veel bloed tijdens de menstruatie? Weinig/Normaal/Veel

Bent u wel eens zwanger geweest?

Ja/nee

Hoe vaak?.....

Indien ja, hoe voelde u zich tijdens uw zwangerschap?

Hoe voelde u zich in de periode na de bevalling?

.....

Waren er complicaties tijdens de zwangerschap/bevalling/kraamperiode?

.....

Bent u op dit moment in de overgang? Ja/nee

Indien ja, heeft u wel eens opvliegers? Ja/nee

Hoe vaak?.....

Voor vrouwen in/na de overgang:

Zijn uw klachten ontstaan en/of verergert tijdens de overgang? Ja/nee

Indien ja, welke klachten?.....

.....

Voor iedereen:

Zijn er onderzoeken geweest, die niet aan bod zijn geweest?

.....

Zou u een kopie van (recente) bloed - en onderzoeksuitslagen willen opvragen en deze willen meesturen met dit formulier en/of meenemen naar het consult?

Wat wilt u verder nog kwijt?

.....

.....

Dank u voor uw medewerking, uiteraard ga ik 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 (de actuele tarieven staan op de website www.orthobalans.nl).

Bij verhindering dient u minimaal 24 uur van tevoren af te bellen, anders worden de kosten in rekening gebracht.

Met de gemaakte afspraken verklaar ik mij akkoord,

Naam Datum

Handtekening



De behandelingen en het nemen van de supplementen geschiedt geheel op eigen verantwoordelijkheid. Copyright OrthoBalans. Niets uit dit formulier mag worden gekopieerd zonder nadrukkelijke toestemming van OrthoBalans.