

**Anamneseformulier**

**Naam, voornaam:**

**Adres, huisnummer:**

**Postcode, plaats:**

**Geboortedatum:**

**Burgerlijke staat:**

**Beroep:**

**Telefoon privé:**

**Telefoon mobiel:**

**Telefoon werk:**

**Email adres:**

**Huisarts:**

**Specialist:**

**Andere behandelaars:**

**Zorgverzekering, polisnummer:**

**BSN nummer:**

**Lichaamslengte:**

**Gewicht:**

**- Wat is uw hoofdklacht;**

Sinds wanneer;

Hoeveel last heeft u hiervan op een schaal van 1-10 ( 1= min, 10 = max);

Wanneer heeft u klachten;

Waardoor verminderen de klachten;

Is er een reguliere diagnose gesteld;

**- Heeft u nog andere klachten, geef aan welke en sinds wanneer;**

Hoeveel last heeft u hiervan op een schaal van 1- 10

Longen;

Hart;

Darm;

Nieren/blaaas;

Lever;

Maag;

Hoofd;

Schildklier;

Skelet;

Zenuwstelsel;

Infectie ziekten;

Overig;

**- Welke behandelingen i.v.m. uw klachten heeft u al ondergaan, hoe was het resultaat;**

**- Welke medicatie of suppletie neemt u op dit moment en waarvoor;**

**- Geef in chronologische volgorde uw ziekte geschiedenis weer, denk ook aan kinderziektes;**

**- Welke operaties heeft u ondergaan;**

**- Zijn er nog andere trauma's of ongelukken;**

**- Zijn er onderzoeken gedaan, (MRI, CT, enz);**

**- Heeft u littekens, geef de oorzaak aan en de locatie;**

**- Veroorzaken de littekens problemen, ( jeuken, branden, pijn, enz);**

**- Heeft u een piercing/ tatoeages, zo ja waar;**

**- Bent u gevaccineerd, denk aan kinderziekten en buitenlandreizen;**

**- Bent u, naar uw weten, gebeten door een teek;**

**- Heeft u, naar uw weten, wel eens parasieten opgelopen;**

**- Heeft u allergieën, sinds wanneer;**

**- Heeft u een voedingsallergie, sinds wanneer;**

**- Welke levensmiddelen eet u;**

( geef aan: veel, matig, weinig, nooit)

Melkproducten	;
Vlees	;
Vis	;
Soja	;
Noten	;
Suiker	;
Zoetheit	;
Aardappelen	;
Pasta	;
Rijst	;
Brood	;
Groenten	;
Fruit	;
Overige	;

**- Zijn er levensmiddelen waar u een hekel aan heeft of waar u niet goed tegen kunt;**

**- Hoe is uw eetlust;**

**- Wat drinkt u en hoeveel;**

**- Drinkt u alcohol, zo ja, hoeveel en hoe vaak;**

**- Rookt u;**

**- Hoe ziet uw eetpatroon eruit;**

Ontbijt;

Lunch;

Tussendoor;

Diner;

**- Met welke vetten en/ of oliën bereid u uw eten;**

**- Hoe vaak gebruikt u voeding uit de magnetron;**

**- Heeft u vaak een opgeblazen gevoel na het eten;**

**- Heeft u vaak last van uw maag en/ of darmen;**

**- Hoe is uw ontlasting, dagelijks of onregelmatig;**

**- Moet u 's nachts naar het toilet;**

**- Heeft u last van incontinentie;**

**- Heeft u regelmatig diarree of obstipatie;**

**- Heeft u chronische obstipatie of diarree, zo ja, hoe lang en is er sprake van vermagering;**

**- Wat voor een kleur heeft uw ontlasting;**

**- Welke ( erfelijke) ziekten komen er in de familie voor;**

**- Tand en/ Kaakgewrichten;**

**Welke van de onderstaande behandelingen heeft u ondergaan en wanneer;**

- Kaak orthopedische behandelingen;
- Heeft u een ( deel) gebit;
- Heeft u kronen, welk materiaal;
- Heeft u implantaten, welk materiaal;
- Tandvullingen, welk materiaal;
- Wortelbehandelingen;
- Pijnlijke tand;
- Kleurveranderingen;
- Heeft u een amalgaansanering ondergaan;
- Hoeveel wijsheidstanden zijn er verwijderd;
- Zijn er nog meer eigen tanden verwijderd;
- Knakt of schuurt uw kaakgewricht;
- Heeft u problemen om de mond volledig te openen;

- Heeft u problemen om de mond te sluiten;
- Kauwt u meer aan 1 kant;
- Heeft u na een tandbehandeling kaakklachten gehad;
- Heeft u een ander gevoel in de tanden;
- Heeft u last van onverklaarbare duizeligheid;
- Overig

**- Slapen;**

- Slaapt u snel in;
- Slaapt u door;
- Zo niet, hoe laat bent u dan wakker;
- Staat u 's morgens fit op;
- Vind u het moeilijk om 's morgens op gang te komen;
- Hoeveel uur slaap u 's nachts;
- Rust u overdag;
- Gebruikt u slaapmedicatie of andere slaapmiddelen;
- Overig;

**- Ogen;**

- Draagt u een bril/ contactlenzen;
- Wat is uw oogsterkte;
- Hoe is uw oogdruk



**- Gehoor:**

- Heeft u last van oorsuizen;
- Draagt u een gehoorapparaat;
- Is u gehoor getest, waren er bijzonderheden;
- Overig;

**- Hoofdpijn:**

- Waar zit de pijn, locatie;
- Wanneer heeft u de pijn;
- Hoe vaak heeft u hoofdpijn;
- Hoelang houdt de hoofdpijn aan;
- Bent u misselijk bij de hoofdpijn;
- Bent u gevoelig voor geluid en licht;
- Straalt de hoofdpijn uit, zo ja, waarheen;
- Wat voor een invloed heeft de hoofdpijn op uw werk/ leven;
- Bent u stressgevoelig;
- Heeft u moeite met ontspannen;

**- Psych- emotioneel;**

- Bent u onder behandeling van een psychiater en/ of psycholoog geweest;
- Beschrijf een verdriet/ verlies of angst moment uit uw leven;
- Heeft u regelmatig last van angstige gevoelens;
- Bent u stressgevoelig;
- Heeft u regelmatig het gevoel een knoop in de maag te hebben;
- Voelt u zich regelmatig, zonder reden vaak onrustig;
- Ervaart u snel pijn;
- Heeft u veel over voor anderen;
- Heeft u last van paniekaanvallen;
- Heeft u moeite met ontspannen;
- Bent u perfectionistisch;
- bent u gevoelig voor geluid en licht;
- Gebruikt u alcohol om rustiger te worden;
- Hoe is uw stemming in het algemeen;
- Bent u obsessief bezig met bepaalde taken en/ of mensen;
- Heeft u vaak huilbuien;
- Heeft u voortdurend het gevoel boos te zijn;
- Voelt u zich gedeprimeerd;

- Bent u snel geïrriteerd;
- Slaapt u slecht door;
- Slaapt u goed in;
- Heeft u onrustige darmen;
- Heeft u de neiging zich terug te trekken;
- Vind u het moeilijk uw emoties onder controle te houden;
- Heeft u snel de griep en/ of een verkoudheid;
- Heeft u last van stemmingswisselingen;
- Vind u het moeilijk om echt te genieten van dingen;
- Heeft u moeite om onder mensen te komen;
- Vind u het lastig om beslissingen te nemen;
- Voelt u zich depressief;
- Heeft u behoefte aan aandacht van anderen;
- Heeft u last van stijve gewrichten;
- Vindt u uzelf vermoeid;
- Overig;
- **Sport/ lichaamsbeweging:**
- Welke sport beoefend u en hoe vaak;
- Wandelt u, hoe vaak;
- Fiets u, hoe vaak;
- Overig;

**Graag recente bloed- en onderzoek uitslagen in kopie ( indien aanwezig) meesturen met dit formulier en/ of meenemen naar het consult**

**- Vrouwen, specifiek:**

- Heeft u kinderen;
- Hoeveel zwangerschappen zijn er geweest;
- Hoe voelde u zich tijdens de zwangerschappen;
- Waren er complicaties bij de bevallingen;
- Heeft u een postnatale depressie gehad;
- Hoe is uw menstruatie, hoeveel dagen/ regelmatig;
- Heeft u vlak voor de menstruatie klachten, gezwollen buik/ borsten;
- Heeft u vlak voor de menstruatie slaapproblemen;
- Heeft u last van krampen voor of tijdens de menstruatie;
- Heeft u hoofdpijn voor of tijdens de menstruatie;
- Gebruikt u de pil;
- Heeft u last van opvliegers;
- Heeft u last van nachtzweeten;
- Zijn er mammografieën genomen, wat was de uitslag;
- Overig

**- Kinderen, specifiek;**

Naam van het kind;  
Naam van de moeder;  
Geboortedatum;  
Zwangerschapsweek van geboorte;  
Geboorte gewicht;

**- Algemeen;**

- Hoe was de bevruchting;  
Natuurlijk/ Kunstmatig, zo ja welke vorm;

**- Zwangerschap;**

- De hoeveelste zwangerschap was het;  
  
- De hoeveelste geboorte;  
  
- Hoe was de zwangerschap, geef de mate aan;

Misselijk;

Overgeven;

Bloedingen;

Stress;

Emotionele belasting;

Ongelukken;

Valpartijen;

Vroegtijdige weeën;

Vroegtijdige placenta loslating;

Onopvallend;

Overig;

**- Geboorte:**

- Duur van de geboorte;
- Verloop van de geboorte;
- Keizersnede;
- Complicaties;
- Narcose;
- Apgar score;
- Bijzonderheden tijdens de geboorte;

**- Baby:**

- Had uw kind geelzucht;
- Hoe was uw kind de eerste dagen na de geboorte, makkelijk, onrustig, huilen;
- Hoe was uw kind na 3 weken;
- Heeft u uw kind veel op de arm gedragen;
- Heeft/ had uw kind een voorkeurshouding;
- Strekt( e) uw kind zich door;
- Heeft/ had uw kind buikproblemen;
- Ligt / lag uw kind graag op de buik;
- Geeft/ gaf u borstvoeding;
- Meldt u kind zich voor de maaltijden;
- Drinkt/ eet uw kind goed;
- Verslikt uw kind zich vaker;

- Spuugt uw kind veel;

- Slaapt/ sliep uw kind goed;

- Slaapt uw kind door;

- Overig;

**- Motorische ontwikkeling:**

- Op welke leeftijd kon uw kind zich van de rug op de buik draaien;

- Op welke leeftijd kon u kind kruipen;

- Op welke leeftijd kon uw kind zelf zitten;

- Op welke leeftijd kon uw kind lopen;

- Op welke leeftijd kon uw kind fietsen;

- Op welke leeftijd kon uw kind praten;

- Overig;

**- Verdere ontwikkeling:**

- Kleurt uw kind graag;

- Hoe is de stift houding;

- Speelt uw kind graag in de speeltuin;

- Schommelt uw kind graag;

- Klimt uw kind graag;

- Kan uw kind zwemmen;

- Valt of struikelt uw kind vaak;

- Kan uw kind zich goed concentreren;
- Speelt uw kind goed alleen;
- Overig;
  
- **Overig:**
- Klaagt uw kind over pijn;
- Heeft uw kind ongelukken gehad;
- Is uw kind geopereerd;
- Krijgt uw kind medicatie;
- Krijgt uw kind vitamine D3;
- Is uw kind ingeënt, zo ja waarvoor;
- Heeft uw kind een bepaalde ziekte, zo ja welke;
- Is uw kind onder behandeling bij een arts/ therapeut;
- Heeft uw kind een allergie;
- Heeft uw kind aangepaste voeding;
- Overig;



