

## Anamneseformulier

Datum: .....  
Naam: .....  
Adres: .....  
Postcode en plaats: .....  
Huistelefoon: .....  
Mobiel: .....  
E-mail adres : .....  
Geboortedatum: .....  
Burg. Staat: .....  
Beroep: .....  
Lengte: ..... Gewicht .....  
Huisarts : .....  
Specialist : .....  
Andere behandelaars: .....  
Reguliere medicatie: .....  
.....  
Huisdieren: .....  
(Belangrijkste) hobby's .....

**Graag zo eerlijk en volledig mogelijk invullen, neemt u er alstublieft even rustig de tijd voor.  
(Op pagina 6 kunt u op een tekening de precieze (pijn)plek aangeven)**

### 1. Wat is uw hoofdklacht?

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

### 2. Noem ook andere klachten die u wel eens heeft:

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

### 3. Is er regulier een diagnose gesteld, welke?

.....  
.....

**4. Verergert uw klacht n.a.v. het weer/jaargetijde/periode op de dag? JA / NEE**

.....

5. Geef een cijfer voor uw **huidige staat van gezondheid** tussen 1 en 10.

6. Geef een cijfer voor uw **energieniveau** tussen de 1 en 10.

**7. Geef in chronologische volgorde vanaf uw geboorte uw ziektegeschiedenis weer. Denk daarbij ook aan uw doorgemaakte kinderziektes en operaties:**

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

**8. Heeft u implantaten (b.v. borst, gebit, botten)? JA / NEE**

Zo ja, wat en sinds wanneer? .....

**9. Welke (erfelijke) ziekten komen er in de familie voor?**

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

**10. Welke medicijnen heeft u de laatste jaren gebruikt? (Of vanaf uw geboorte?)**

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

**11. Gebruikt u andere middelen voor uw gezondheid zoals vitaminen, mineralen, homeopathische of andere natuurlijke [genees] middelen?**

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

**12. Heeft u wel eens een ongeluk gehad/gewond geraakt? JA / NEE**

.....  
.....

**13. Beschrijf een zeer slecht moment uit uw leven (verdriet, pijn, angst) Wanneer?**

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

**14. Heeft u zorg voor anderen? (Mantelzorg; kinderen, ouders, broer of zus) JA / NEE**

Hoe verloopt dat?

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

**15. Drinkt u alcohol? JA / NEE**

Zo ja, hoeveel alcohol drinkt u per dag of per week?

.....

**16. Rookt u? JA / NEE**

Zo ja, hoe veel?

.....

**17. Hoeveel snoept u per week en wat (ook hartig is snoepen!)?**

.....  
.....

**18. Eet u vlees? JA / NEE**

Zo ja, hoe vaak en hoeveel?

.....

**19. Gebruikt u zuivel (melk, kaas, yoghurt, pudding, vla e.d.?)**

**JA / NEE**

Zo ja wat precies en hoe veel?

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

**20. Eet u wel eens vis?**

**JA / NEE**

Zo ja, welke soort vis en hoe vaak ongeveer?

.....

**21. Eet u wel eens biologisch?**

**JA / NEE**

Welke producten vooral?

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

**22. Eet u veel of weinig groenten?**

**VEEL / MATIG / WEINIG**

Ik eet elke dag groenten / ..... keer per week

Welke groenten eet u zoal?

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

**23. Eet u veel of weinig fruit?**

**VEEL / MATIG / WEINIG**

Ik eet .....stuks fruit per dag / week / maand

**24. Eet u elke dag koolhydraten zoals aardappelen, pasta of rijst?**

**JA / NEE**

Kunt u hieronder aangeven wat u ongeveer per dag, week of per maand eet?

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

**25. Hoeveel brood eet u per dag en wat voor brood?**

.....  
.....

**26. Gebruikt u frisdrank en zo ja, wat precies en hoeveel ongeveer?**

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

**27. Gebruikt u suiker in uw thee en / of koffie? JA / NEE**

**28. Welke vetsoorten gebruikt u (boter, margarine, olie, Bak & Braad)?**

.....  
.....

**29. Gebruikt u voeding uit de magnetron? JA / NEE ..... keer per week**

**30. Gebruikt u kant- en klare gerechten? JA / NEE ..... keer per week**

**31. Wat en hoe vaak heeft u / doet u aan lichaamsbeweging?**

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

32. Bent u wel eens gebeten door een dier? Hond, kat, teek etc. JA / NEE

33. Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad? JA / NEE

34. Bent u ergens allergisch voor? JA / NEE

35. Staat u 's ochtends uitgerust op? JA / NEE

36. Slaapt u goed? JA / NEE

37. Heeft u amalgaam vullingen in uw tanden / kiezen? JA / NEE

38. Bent u over het algemeen meer koud of warm? Kouwelijk / Warm

**39. Hoe vaak plast u gemiddeld per dag?**

.....

**40. Moet u 's nachts ook wel eens plassen en zo ja, hoe vaak?**

.....

**41. Hoe is uw ontlasting? Heeft u wel eens diarree of obstipatie? Gaat u elke dag?**

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

**42. Heeft u wel eens pijn op de borst? JA / NEE**

**43. Heeft u vaak koude handen of voeten?**

**JA / NEE**

**44. Voor vrouwen; bent u zwanger geweest? Hoe vaak?**

**JA / NEE**

Zo ja, hoe vaak?

.....

**44. Hoe veel kinderen heeft u? En heeft u daar een goede band mee?**

.....

.....

**45. Hoe is uw menstruatie of als u in of na de overgang bent, heeft u klachten?**

.....

.....

.....

**46. Wat wilt u (met ondersteuning van de natuurgeneeskundige) graag bereiken?**

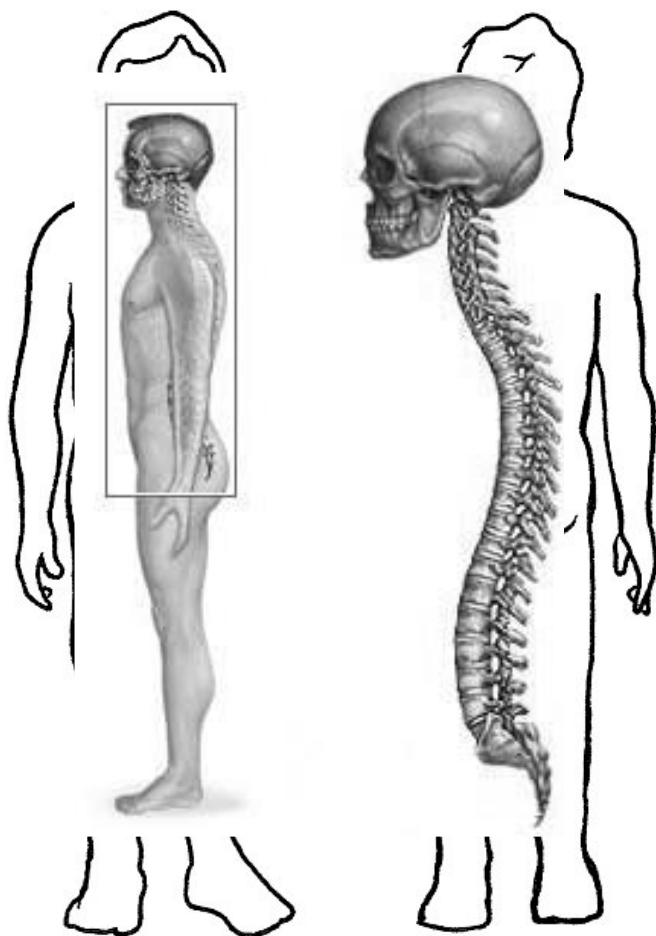
.....

.....

.....

.....

Hieronder kunt u aangeven waar u precies pijn heeft:



**47. U kunt zelf nog iets toevoegen dat nog niet aan bod is geweest, maar wel van belang zou kunnen zijn:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dank voor uw medewerking. Uiteraard worden uw persoonlijke gegevens met uiterste discretie behandeld en wordt niets met anderen besproken zonder uw uitdrukkelijke toestemming.

U verklaart zich hierbij akkoord met de behandeling en met de kosten van het consult.

De consultkosten zoals vermeld op [www.biophysis.nl/praktijktarieven](http://www.biophysis.nl/praktijktarieven)

Speciale korting / actie / afspraak, namelijk: .....

Akkoord therapeut: .....

*Bij verhindering gelieve binnen 24 uur van tevoren af te bellen of te mailen, anders worden de kosten alsnog in rekening gebracht.*

Met de gemaakte afspraken verklaar ik mij akkoord.

Naam .....

Datum .....

Plaats .....

Handtekening .....