



Anamneseformulier

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

Datum intakegesprek.....
Naam + voorletters.....
Roepnaam.....
Adres.....
Postcode en woonplaats.....
Telefoonnummer(s).....
Geboortedatum.....
Beroep.....
Naam huisarts / specialist.....
Verzekering + aanvulling.....
Verwezen door:.....anders t.w.
E-mailadres:.....
BSN nummer:.....

Klachten

.....
.....

Uw voornaamste klacht

.....

Specialistisch onderzoek / behandeling

.....

Medicijnen / ingestelde behandeling

.....

Algemene gezondheid

.....

Wanneer is deze 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 uw klacht: beter, slechter of blijft ze dezelfde, wanneer u op de plaatst van de klacht;

- * warmte aanbrengt?.....
- * koude aanbrengt?.....
- * druk aanbrengt?.....
- * massage uitvoert?.....
- * in beweging brengt?.....

Hebben een of meerdere van uw familieleden (ouders, grootouders, ooms, tantes, kinderen) een gelijkaardige klacht?

.....

Hebt u op het ogenblik andere klachten?

Welke?.....

Vroegere belangrijke ziektes? Welke? Wanneer?

.....
.....

Vroegere operaties? Welke? Wanneer?

.....
.....

Bent u moe?

- * 's morgens bij het opstaan?.....
- * op een bepaald uur van de dag.....
- * na een kleine inspanning.....
- * wanneer u niets te doen hebt.....

Hoe slaapt u ?

- * inslapen?.....
- * wakker worden tijdens nacht?.....
- * slaperig?.....
- * dromen? nachtmerries?.....

Transpireert u ?

- * koud of warm zweet?.....
- * ook 's nachts?.....
- * over heel het lichaam of op welke plaatsen?.....
- * heeft u gemakkelijk koorts?.....

Bent u kouwelijk?

- * waar voelt u die koude?.....
- * oppervlakkig of diep?.....
- * handen? voeten?.....
- * of integendeel: hebt u het steeds 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:

- * 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?.....
- * Slechte smaak?.....
- * Slechte mondgeur?.....
- * Oorsuizingen?.....
- * Duizeligheid?.....
- * Neusverkoudheden? Sinusitis (neusbijholteontstekeningen) Neusbloeden?.....
- * Tandem? Cariës?.....
- * Aften (mondzweertjes)?.....
- * Lippen? Droge mond?.....
- * Keelontstekeningen? Hese stem?.....
- * Verslikt u zich gemakkelijk?.....

Zijn er in uw familie belangrijke ziekten bekend? Welke?

.....

Hebt u ooit geelzucht gehad?

.....

Heeft u last van:

- * Ademnood?.....
- * Beklemming op de borst?.....
- * Hartkloppingen?.....
- * Hoesten?.....
- * Slijm? Welke kleur?.....
- * Pijn op de borstkas?.....
- * Maagproblemen?.....
- * Uw spijsvertering?.....
- * Opgezette buik? Krampen?.....
- * Verstopping? Diarree?.....
- * Aambeien? Liesbreuk?.....

Verteert u goed:

- * Vet (bijv. Chocolate)?
- * Alcohol?.....
- * Zetmeel (bijv. aardappelen)?.....
- * Melk?.....
- * Rauwkost (bijv. sla, ui)?.....

Urineert u moeilijk? Dikwijls / weinig?

.....

Is uw urine meestal helder? Donker?

.....

Zijn er seksuele problemen?

.....

Heeft u last van:

- * Rugpijn? Waar?.....
- * Spierpijnen? Krampen? Stijfheid?.....
- * Gewrichtspijnen? Reuma? Waar?.....
- * Zwaartegevoel in de benen?.....
- * Gezwollen voeten en benen?.....
- * Tinteling? Dood gevoel?.....

Print dit formulier uit en neem het mee naar de eerstvolgende afspraak.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Ingrid Stevenaar
Acupunctuur-Geldrop