



Anamneseformulier

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

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

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 koudelijk?

- * 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 (neusbijholteontstekingen) Neusbloeden?
- * Tandem? Cariës?
- * Aften (mondzweertjes)?
- * Lippen? Droge mond?
- * Keelontstekingen? 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



Behandelovereenkomst

Naam behandelaar:

Naam patiënt:..... Geboorte datum:.....

Ondergetekende verklaart door de behandelaar te willen worden behandeld voor het verminderen van de volgende hoofdklacht(en) en de eventueel daarmee verband houdende klachten:

0

0

0

0 en klachten die eventueel in de loop van het behandeltraject naar voren komen.

Adviezen en afspraken:

0

0

0

Bij deze behandelovereenkomst heb ik via de website kennisgenomen van:

0 De Algemene voorwaarden van de praktijk. Ik ga met deze voorwaarden akkoord;

0 De Privacyverklaring van de praktijk. Ik ben mij ervan bewust dat mijn persoons- en medische gegevens op een veilige manier worden opgeslagen en verwerkt.

Dit is noodzakelijk voor de uitvoering van de behandelovereenkomst.

Ik geef toestemming voor het delen van mijn dossiergegevens in onderstaande gevallen:

0 Bericht van aankomst aan mijn huisarts/behandelend specialist;

0 Voortgangs- of eindrapportage aan mijn huisarts/behandelend specialist;

0 Overleg met collega's door de behandelaar, indien deze dat noodzakelijk acht.

Hierbij zal ik altijd anoniem blijven.

0 Bespreken van mijn casus in geanonimiseerde vorm met stagiaires van de praktijk;

0 Het ontvangen van de factuur per e-mail vanuit ingrid@acupunctuur-geldrop.nl.

Overig:

0 Ik ben mij bewust dat de geboden behandeling aanvullend is op de reguliere geneeskunde;

0 Ik zal mijn huisarts of behandelend specialist raadplegen indien mijn gezondheidssituatie daarom vraagt;

0 Ik ben mij bewust dat het mij vrijstaat de behandelovereenkomst te beëindigen;

0 Ik heb bovenstaande vakjes zelf aangevinkt ten teken van toestemming/instemming.

0 De patiënt is jonger dan 16 jaar; toestemming voor de behandeling is gegeven

d.m.v. handtekening door:

0 de met gezag belaste ouder(s), te weten:

0 de voogd, te weten:

Plaats:

Handtekening(en):

Datum: