

PATIËNTEN ANAMNESE FORMULIEREN

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
Telefoonnr: Mobiel nr:
Email adres:
Beroep:
U bent ons geadviseerd door:

Lengte: Gewicht:

Familie-geschiedenis:

Vader (leeftijd): Allergieën:
Moeder (leeftijd): Allergieën:
Broers (leeftijden): Allergieën:
Zussen (leeftijden): Allergieën:

Is er in de familie sprake van:

Astma: Diabetes: Kanker:
Longziekten: Artritis: Hartziekten:
Psychische aandoeningen:

Andere aandoeningen:

Medische voorgeschiedenis (operaties, tandheelkundige behandeling, blessures, psychische aandoeningen, trauma's):

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

Persoonlijke geschiedenis:

1. Wat is uw belangrijkste klacht?
2. Sinds wanneer heeft u deze klacht?
3. Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht?
4. Beschrijf deze klacht zo volledig mogelijk. (locatie, tijdstip, tijdsduur, intensiteit, etc.)
.....
.....
.....
5. Bent u bekend met anafylaxie ? ja/nee
6. Zo ja, voor welke stoffen:
7. Welke inentingen heeft u gehad?
8. Hoe waren de reacties op de inentingen?
9. Bent u zwanger? Laatste menstruatieperiode:
10. Heeft u een pacemaker? Sinds wanneer?
11. Kinderziekten: Mazelen/Waterpokken/Rode hond/
12. Andere ziekten als kind:
13. Rookt u? Hoeveel per dag
14. Drinkt u koffie? Hoeveel per dag:
15. Drinkt u alcohol? Hoeveel per dag?
16. Gebruikt(e) u drugs? Zo ja, welke?
17. Gebruikt(e) u medicijnen, zo ja welke en sinds/tot wanneer:
18. Gebruikt u vitaminen, zo ja, welke:
19. Sportieve bezigheden: hoe vaak doet u dit?
20. Welke hobby's heeft u?
21. Heeft u ongevallen gehad? (auto-ongeluk, vallen etc..) Wanneer?
22. Heeft u rugproblemen (gehad)? (welke/wanneer)
23. Bent u ooit naar een chiropractor/manuele therapeut geweest/wanneer?
24. Zijn er de laatste 2 jaar röntgenfoto's gemaakt? Welk lichaamsdeel?
25. Verloop evt. zwangerschappen
26. Bent u ooit geopereerd, zo ja, wanneer/waaraan?
27. Welke allergieën heeft u laten vaststellen door een arts?

28. Welke allergieën heeft u zelf ontdekt of vermoed u?

29. Bevindingen laatste lichamelijke onderzoek.....

30. Indien u last heeft van overmatige vermoeidheid, beschrijft u dan hoe dit voelt en op welk tijdstip van de dag of nacht u deze symptomen ervaart. Beschrijf tevens of u deze klachten dagelijks voelt of af en toe

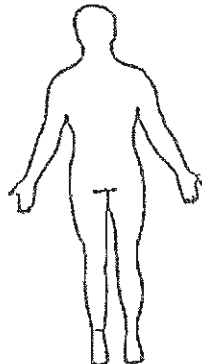
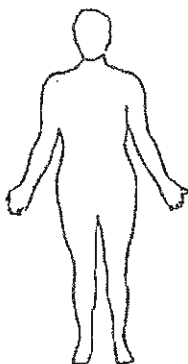
31. Is het uzelf opgevallen onder welke omstandigheden de verschijnselen optreden?

32. Bent u van mening dat u onder veel spanning staat of dat een situatie u veel energie kost? Zo ja omschrijf deze situatie:

33. Ervaart u moeilijkheden met concentreren, vergeetachtigheid, geheugenproblemen?

34. Vrouwen: ervaart u pijn of ongemak (lichamelijk en emotioneel) voor/tijdens/na de menstruatieperiode? (Ook als u reeds in de menopauze bent of niet meer of onregelmatig menstrueert, of een gynaecologische operatie heeft gehad graag nagaan of u een week per maand veranderingen voelt op lichamenlijk en/of emotioneel vlak)

Wilt u op onderstaande figuren invullen waar u de klachten voelt ? Wilt u tevens in ROOD littekens aangeven (ook kleine en oude littekens die niet meer te zien zijn?)



NAET SYMPTOMEN – FORMULIER

Instructie: indien een verschijnsel in meer of mindere mate op u van toepassing is, maakt u het vakje er achter zwart.

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Verstrooidheid | <input type="checkbox"/> | 45. Slecht helende wonden | <input type="checkbox"/> |
| 2. Abnormale haargroei | <input type="checkbox"/> | 46. Haarroos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Acne | <input type="checkbox"/> | 47. Minder zin in sex | <input type="checkbox"/> |
| 4. Behoefte aan roken | <input type="checkbox"/> | 48. Depressieve gevoelens | <input type="checkbox"/> |
| 5. Behoefte aan suiker | <input type="checkbox"/> | 49. Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| 6. Behoefte aan alcohol | <input type="checkbox"/> | 50. Diarree | <input type="checkbox"/> |
| 7. Behoefte aan drugs | <input type="checkbox"/> | 51. Loopmoeilijkheden | <input type="checkbox"/> |
| 8. Medicijnverslaving | <input type="checkbox"/> | 52. Slikklachten | <input type="checkbox"/> |
| 9. Allergie voor medicijnen | <input type="checkbox"/> | 53. Snelle spijsvertering | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tijdelijk geheugenverlies | <input type="checkbox"/> | 54. Diverticulitis (darmuitstulping) | <input type="checkbox"/> |
| 11. Geheugenverlies | <input type="checkbox"/> | 55. Overmatig dromen | <input type="checkbox"/> |
| 12. Overmatige eetlust | <input type="checkbox"/> | 56. Droge neus | <input type="checkbox"/> |
| 13. Slechte eetlust | <input type="checkbox"/> | 57. Droge ogen | <input type="checkbox"/> |
| 14. Gezwollen gewrichten | <input type="checkbox"/> | 58. Droge mond | <input type="checkbox"/> |
| 15. Astma-luchtwegen | <input type="checkbox"/> | 59. Dyslexie (leerprobleem-lezen) | <input type="checkbox"/> |
| 16. Kortademigheid-hart | <input type="checkbox"/> | 60. Oorpijn | <input type="checkbox"/> |
| 17. Zwemmerseczeem | <input type="checkbox"/> | 61. Oorontstekingen | <input type="checkbox"/> |
| 18. Slechte adem | <input type="checkbox"/> | 62. Eetstoornis | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wazig zien | <input type="checkbox"/> | 63. Eczeem | <input type="checkbox"/> |
| 20. Buikklachten | <input type="checkbox"/> | 64. Oedeem (zwellingen) | <input type="checkbox"/> |
| 21. Wazig gevoel in het hoofd | <input type="checkbox"/> | 65. Pijn in de elleboog | <input type="checkbox"/> |
| 22. Pijn in de borsten | <input type="checkbox"/> | 66. Overmatige dorst | <input type="checkbox"/> |
| 23. Gezwollen borsten | <input type="checkbox"/> | 67. Koude ledematen | <input type="checkbox"/> |
| 24. Knobbel(s) m de borst(en) | <input type="checkbox"/> | 68. Gezwollen oogleden | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bronchitis | <input type="checkbox"/> | 69. Tranende ogen | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pigmentvlekken | <input type="checkbox"/> | 70. Jeukende ogen | <input type="checkbox"/> |
| 27. Snel blauwe plekken | <input type="checkbox"/> | 71. Regelmatig flauwvallen | <input type="checkbox"/> |
| 28. Brandende jeukende anus | <input type="checkbox"/> | 72. Haaruitval | <input type="checkbox"/> |
| 29. Brandende voeten | <input type="checkbox"/> | 73. Moeheid | <input type="checkbox"/> |
| 30. Beslagen tong | <input type="checkbox"/> | 74. Koudegevoel | <input type="checkbox"/> |
| 31. Koud zweet | <input type="checkbox"/> | 75. Gevoelens van onzekerheid | <input type="checkbox"/> |
| 32. Vaak verkouden of griep | <input type="checkbox"/> | 76. Koorts | <input type="checkbox"/> |
| 33. Colitis (ontstoken darm) | <input type="checkbox"/> | 77. Vergeetachtigheid | <input type="checkbox"/> |
| 34. Darmgassen | <input type="checkbox"/> | 78. Regelmatig huiduitslag | <input type="checkbox"/> |
| 35. Obsessief gedrag | <input type="checkbox"/> | 79. Schimmelaandoeningen | <input type="checkbox"/> |
| 36. Constipatie (darmverstopping) | <input type="checkbox"/> | 80. Gemakkelijk kokhalzen | <input type="checkbox"/> |
| 37. Hoest | <input type="checkbox"/> | 81. Galstenen | <input type="checkbox"/> |
| 38. Dauwworm | <input type="checkbox"/> | 82. Maagklachten | <input type="checkbox"/> |
| 39. Zin in specerijen | <input type="checkbox"/> | 83. Overal jeuk | <input type="checkbox"/> |
| 40. Zin in zout | <input type="checkbox"/> | 84. Kan geen vet eten verdragen | <input type="checkbox"/> |
| 41. Zin in zoet | <input type="checkbox"/> | 85. Hooikoorts | <input type="checkbox"/> |
| 42. Zin in zuur | <input type="checkbox"/> | 86. Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> |
| 43. Zin in uien en banen | <input type="checkbox"/> | 87. Hoofdpijn/ochtend | <input type="checkbox"/> |
| 44. Zin in bitter | <input type="checkbox"/> | 88. Hoofdpijn/middag | <input type="checkbox"/> |

89.	Hoofdpijn/migraine	O	142.	Cysten in eierstok(ken)	O
90.	Gehoorverlies	O	143.	Pijn tussen de schouders	O
91.	Angina pectoris	O	144.	Pijnlijke hielen	O
92.	Onregelmatige hartslag	O	145.	Onverklaarbare pijn	O
93.	Aambeien	O	146.	Overmatig transpireren	O
94.	Herpesvirus	O	147.	Fobieën	O
95.	Last van hoogten	O	148.	Premenstrueel syndroom	O
96.	Hypertensie (hoge bloeddruk)	O	149.	Lopende neus	O
97.	Pijn in de heupen	O	150.	Vroegtijdige haarvergrijzing	O
98.	Netelroos	O	151.	Infectiegeneigdheid	O
99.	Heesheid	O	152.	Prostaatproblemen	O
100.	Last van vochtigheid	O	153.	Psoriasis	O
101.	Hongerig tussen maaltijden in	O	154.	Rode ogen	O
102.	Hyperactiviteit	O	155.	Rusteloze benen	O
103.	Baarmoederverwijdering	O	156.	Ringworm	O
104.	Stoma	O	157.	Oorsuizing	O
105.	Toegenomen zin in sex	O	158.	Epilepsieaanvallen	O
106.	Indigestie, opgeblazen gevoel	O	159.	Overgevoelig voor koude	O
107.	Slapeloosheid	O	160.	Overgevoelig voor warmte	O
108.	Inwendig beven/trillen	O	161.	Kortademigheid	O
109.	Spastische darm	O	162.	Pijn in de schouder(s)	O
110.	Geïrriteerdheid en rusteloosheid	O	163.	Veelvuldig zuchten	O
111.	Zere mondhoeken	O	164.	Sinusitis (ontstoken holten)	O
112.	Pijn in de knie(en)	O	165.	Slaperigheid overdag	O
113.	Benaauwdheid	O	166.	Langzame polsslag <65	O
114.	Smaakverlies	O	167.	Langzame starter	O
115.	Lage bloeddruk	O	168.	Reukverlies	O
116.	Lage rugpijn	O	169.	Niesbuien	O
117.	Krop in de keel	O	170.	Zere keel	O
118.	Geheugenprobl. -korte termijn	O	171.	Brandend maagzuur	O
119.	Geheugenprobl. -lange termijn	O	172.	Overgevoelig voor licht	O
120.	Menstruatie-geringe	O	173.	Gezwellen enkels, voeten	O
121.	Menstruatie-overvloedig	O	174.	Verdikte huid (eelt)	O
122.	Menstruatie-onregelmatig	O	175.	Verdunde huid	O
123.	Menstruatie-pijnlijk	O	176.	Druk op de borst	O
124.	Verwardheid	O	177.	Tintelingen	O
125.	Metalen smaak in de mond	O	178.	Snel vermoeid	O
126.	Rugpijn halverwege de rug	O	179.	Tourette's syndroom	O
127.	Verschuivende pijnen	O	180.	Pijn in de bovenrug	O
128.	Melk veroorzaakt ongemak	O	181.	Problemen urinewegen	O
129.	Wisselende stemmingen	O	182.	Moeilijk urineren	O
130.	Slijmproductie	O	183.	Toegenomen urineproductie	O
131.	Nachtelijke spierkrampen	O	184.	Verminderde urineproductie	O
132.	Spierspasmen	O	185.	Baarmoeder-poliepen	O
133.	Neuspoliepen	O	186.	Teveel vaginale afscheiding	O
134.	Misselijkheid	O	187.	Spataderen	O
135.	Pijn in de nek	O	188.	Frequent braken	O
136.	Nerveuze maag	O	189.	Wratten	O