

HOLISTISCHE GEZONDHEIDSTHERAPIE

INTAKE- EN ANAMNESE FORMULIER

Graag achter de vraag de gegevens typen, en het bestand uiterlijk 3 dagen voor uw eerste consult naar mij terugmailen. De handtekening kan gezet in het consult.

Of: handmatig invullen en posten of meenemen. Dank u wel.

1. Achternaam en voornaam ouder:
2. Voorletters en voornaam kind:
3. Adres + postcode:
5. Email ouder: Telefoon:
6. Beroep ouder:
7. BSN kind:
Verzekerd bij: Verzekeringsnr.:
8. Geboortedatum kind:
9. Lengte en gewicht kind:
10. Ouder is Gehuwd Samenwonend Gescheiden LAT Alleenstaand
 Er is een 2^e opvoeder in het gezin anders dan de eigen vader en moeder
11. Thuiswonende broers/zussen indien ja / welke leeftijd?
12. Hoofdklacht(en): Sedert wanneer?
Reden, oorzaak (indien bekend)

13. Naam en woonplaats hiervoor geraadpleegde huisarts / specialist
14. Naam en woonplaats hiervoor geraadpleegde hulpverlener(s):
15. Heeft uw kind ernstige ziekten gehad, of zijn er operaties geweest? Indien ja, wanneer en waaraan?

16. Is er ooit een röntgenfoto, ECG, MRI scan of echo gemaakt? Indien ja, wanneer, waarom?

17. Gebruikt uw kind medicijnen? Indien ja, waarvoor, welke en hoeveel? Sinds wanneer?

HOLISTISCHE GEZONDHEIDSTHERAPIE

INTAKE- EN ANAMNESE FORMULIER

18. Gebruikt uw kind op dit moment supplementen ter ondersteuning van de gezondheid?
(vitaminen, kruiden, andere remedies)

19. is er een aangepast voedingspatroon?
Is er sterke behoefte aan zout, zoet, zuur of scherp eten?

20. is er een afwijkend slaappatroon?
Wordt uw kind 's ochtends wakker gemaakt, of wordt het zelf wakker?

21. Wordt er in huis gerookt?

| 22. Zijn er gezinsleden met alcohol- of drugsverslaving of chronische ziekten?

23. Indien van toepassing: hoelang duurt de menstruatie en hoe vaak komt deze?

24. Is er naschoolse opvang, of huiswerkbegeleiding, zo ja, welke dagen?
Gaat uw kind na schooltijd naar lessen of clubs? Indien ja, welke en hoe vaak?

25. Heeft uw kind last (gehad) van
0 spanningen, verdriet, agressie in gezin of op school, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
0 gedragsproblemen, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
0 leerproblemen, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
0 eetproblemen, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
0 complicaties bij of vlak na de bevalling

26. Volgt uw kind het normale inentingsprogramma? Zijn er op korte termijn inentingen te verwachten?

27. Bent u religieus praktiserend? Zo ja, welke geloofsovertuiging?

28. Wat verwacht u van deze therapie voor uw kind?

29. Wie heeft u verwezen?

Hierbij verklaart ondergetekende:

Wel / geen bezwaar te hebben tegen het gebruik van anonieme gegevens zoals vermeld onder vraag 8 t/m 25, bestemd voor statistische doeleinden.

H O L I S T I S C H E G E Z O N D H E I D S T H E R A P I E
I N T A K E - E N A N A M N E S E F O R M U L I E R

Wel / geen bezwaar te hebben tegen melding van behandeling aan uw huisarts.

Datum:

Naam ouder :

Handtekening ouder:

PRAKTIJK VOOR HOLISTISCHE GEZONDHEIDSTHERAPIE

Nicole Goezinnen

Zijkanaal F West 33, 1165 MZ Halfweg

Website: www.nicolegoezinnen.nl

Telefoonnummer: 06-26883125

Aangesloten bij beroepsorganisatie BATC

Gemiste consulten worden in rekening gebracht. Afmelding uiterlijk 24 uur tevoren.