

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

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

Of: handmatig invullen en posten. Dank u wel.

1. Achternaam:

2. Voorletters en voornaam:

3. Adres + postcode:

5. Email:

Telefoon:

6. BSN:

Verzekerd bij:

Verzekeringsnr.:

7. Geboortedatum:

8. Man Vrouw Gehuwd Samenwonend Gescheiden LAT Alleenstaand

9. Thuiswonende kinderen: indien ja / welke leeftijd?

10. Hoofdklacht(en): Sedert wanneer? Reden, oorzaak (indien bekend)

11. Naam en woonplaats hiervoor geraadpleegde huisarts / specialist

12. Naam en woonplaats hiervoor geraadpleegde hulpverlener(s):

13. Gebruikt u medicijnen? Indien ja, waarvoor, welke en hoeveel? Sinds wanneer?

14. Gebruikt u op dit moment supplementen ter ondersteuning van de gezondheid?

(vitaminen, kruiden, andere remedies)

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

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

16. Heeft u ernstige ziekten gehad? Bent u geopereerd? Indien ja, wanneer en waaraan?
17. Welke bloeddruk had u de afgelopen maanden? 0/..... 0 weet ik niet
18. Wat is uw beroep, of dagelijkse bezigheid? Wat is uw werkritme?
19. Is er sprake van spanningen thuis, of op het werk? Wat is uw werkritme?
20. Wat is uw slaapritme?
Wordt u wakker met de wekker?
21. Is er sterke behoefte aan zout, zoet, zuur of scherp eten?
Omschrijf uw voedingspatroon, eetritme, eventueel uw dieet:
22. Gebruikt u alcohol of drugs? Indien ja, hoeveel?
23. Heeft u een verslaving? (rook-, snoep-, eet-, gok-, seks-, koop-, PC-, relatie-, alcohol-, drugs)
Zo ja, welke, sinds wanneer, in welke mate?
24. Lengte en gewicht
25. Hoelang duurt uw menstruatiecyclus? Is deze om de 28 dagen, zo nee, hoe vaak?
26. Beoefent U een sport? Indien ja, welke en hoe vaak?
27. Heeft u last (gehad) van
0 Overspannenheid, zo ja, wanneer?
0 Spanningen thuis, zo ja, wanneer?
0 Nervositeit, zo ja, wanneer?
0 Flauwvallen, zo ja, wanneer?
0 Depressie, zo ja, wanneer?
0 Hyperventilatie, zo ja, wanneer?
0 Angststoornis, psychose of wanen, zo ja, wanneer?
28. Bent u religieus praktiserend? Zo ja, welke geloofsovertuiging?

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

29. Wat verwacht u van deze therapie?

30. Wie heeft u verwezen?

Hierbij verklaart ondergetekende:

**Wel / geen bezwaar te hebben tegen het gebruik van anonieme gegevens zoals vermeld onder vraag 7 t/m 27, bestemd voor statistische doeleinden.
Wel / geen bezwaar te hebben tegen melding van behandeling aan uw huisarts.**

Datum:

Naam cliënt :

Handtekening cliënt:

PRAKTIJK VOOR HOLISTISCHE GEZONDHEIDSTHERAPIE ZIN

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.