

Anamnese formulier

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

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Ingrid Stevenaar
Acupunctuur - Geldrop

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

Klacht

Specialistisch onderzoek

Medicijnen / ingestelde behandeling

Algemene gezondheid

Welk is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze klacht begonnen en in welke omstandigheden?

Waardoor wordt ze eventueel uitgelokt?

Hebt u deze klacht aanhoudend?

Of enkel overdag? 's Nachts?

Of in bepaalde seizoenen?

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?
- *

Lijden een of meerdere van uw familieleden (ouders, grootouders, ooms, tantes) aan een gelijkwaardige kwaal?

Hebt u op het ogenblik 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?

Slaapt u goed?

- * inslapen?
- * wakker worden tijdens nacht?
- * Slaperig overdacht?
- * Dromen overdag? Nachtmerries?

Zweet u gemakkelijk?

- * koud of warm zweet?
- * ook 's nachts?
- * over heel het lichaam of op welke bepaalde plaatsen?
- * hebt 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 - dorst?

Hebt u een opvallende voorkeur of afkeer voor een van de volgende smaken?

- * zuur
- * bitter
- * zoet
- * pikant
- * zout

Bent u gevoelig aan

- * klimaatwisseling, onweer?
- * regen, mist, sneeuw?
- * wind?
- * lawaai?
- * fel licht?
- *

Klaagt u van

- * huidaandoeningen?
- * brekende nagels?

VROUWEN:

Maandstonden: Overvloedig? Klonters? Pijnlijk? Te laat? Te vroeg?

Witverlies?

Zwangerschappen? Goed verlopen?

Klaagt u van:

- * zenuwachtigheid?
- * opvliegendheid?
- * veel piekeren? Opkroppen?
- * depressief? Verdriet?
- * angst?
- *

Bent u uitbundig of gesloten van karakter?

Hebt u zelfvertrouwen?

Kunt u snel beslissingen nemen?

Bent u erg afhankelijk van anderen?

Voelt u zich goed:

- * in uw omgeving?
- * in uw familie?
- * in uw beroepsleven?
- *

Zijn er in uw familie belangrijke ziekten bekend? Welke?

Neemt u medicatie? Welke?

BELANGRIJK

Hebt u ooit aan geelzucht geleden?

Klaagt u van:

- * hoofdpijn?
- * Haarverlies?
- * Concentratiestoornissen? Leeg hoofd?
- * Slecht horen? Slecht zien?
- * Slecht ruiken? Slecht smaken?
- * Oorsuizing? Duizeligheid?
- * Neusverkoudheden? Sinusitis (neusbijholteontstekingen) Neusbloeden?
- * Tandem? Cariës?
- * Aften (mondzweertjes)?
- * Lippen? Droge mond?
- * Keelontstekingen? Hese stem?
- * Verslikt u zich gemakkelijk?
- * Verdraagt u een gesloten kraag om de hals?

Klaagt u van:

- * Ademnood?
- * Beklemming op de borst?
- * Hartkloppingen?
- * Hoesten? Fluïmen?
- * Pijn op de borstkas?
- * Maagproblemen?
- * Trage spijsvertering?
- * Opgezette buik? (lucht) krampen?
- * Verstopping? Diaree?
- * Aambeien? Liesbreuk?
- *

Verteert u goed:

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

Urineert u moeilijk? Te dikwijls?

Is uw urinestraal meestal helder? Donker?

Zijn er seksuele problemen?

Klaagt u van:

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