

PT&HS ANAMNESEFORMULIER

	Datum :
A.PERSOONSgegevens	
Achternaam	m/v
Voornaam	
Voorletters	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Geboortedatum	
Tel.nr.thuis	
Mobiel tel.nr.	
Tel.nr.werk	
Evt. Faxnr.thuis	
E-mail	
Beroep	
Werkgever	
Verzekerd bij	
Gekomen via	

B. GEZONDHEID ALGEMEEN

Is de zwangerschap m.b.t. u/uw geboorte goed verlopen?	Ja/Nee Indien er emotionele/fysieke belemmeringen zijn geweest, dan graag een korte toelichting
Zijn er in uw leven indringende ervaringen geweest	Ja/Nee (Ziekenhuisopname, ziekten, verhuizing, echtscheiding, sterfgevallen, etc.). Indien ja, dan graag een beknopte omschrijving
Ziektegeschiedenis:	(operaties, ongevallen, opname, aandoeningen, e.d.; jaartal vermelden a.u.b)
Erfelijke factoren/klachten:	(komen er terugkerende afwijkingen in uw familie voor zoals aangeboren ziekten, overgewicht, allergieën, diabetes, hoge bloeddruk, etc?)
Heeft u last van allergieën?	(Waarvoor bent u allergisch?)
Heeft u last van fobieën?	(Waarvoor bent u bang?)
Heeft u amalgaamvullingen?	Ja/Nee
Voor vrouwen:	
Heeft u een borstprothese (siliconen)?	Ja/Nee
Aantal kinderen:	leeftijden:
Zwangerschappen:	Miskramen Jaren. : Ja/nee

C. KLACHTEN

Omschrijving van de klachten in volgorde van prioriteit

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- etc.

Bent u voor de klacht naar de huisarts geweest?

Ja/Nee

Bent u doorverwezen naar een andere discipline?

Ja/Nee

Bent u in behandeling of reeds in behandeld door een specialist?

Ja/Nee

Zo ja, welke specialist? Met welke therapie bent u behandeld:

Tijdsduur therapie?

Eerdere alternatieve geneeswijzen;

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acupunctuur | <input type="checkbox"/> homeopathie | <input type="checkbox"/> Manuele therapie |
| <input type="checkbox"/> Reiki | <input type="checkbox"/> Bloesemtherapie | <input type="checkbox"/> NEI |
| <input type="checkbox"/> INTEGRA | <input type="checkbox"/> Phytotherapie | <input type="checkbox"/> Hypnotherapie |
| <input type="checkbox"/> Electro-acupunctuur | <input type="checkbox"/> Paranormale geneeswijzen | |
| <input type="checkbox"/> overige | | |

Komt de klacht bij andere familieleden voor?

Ja/Nee

Hoe uit de klacht zich?

Zijn er medicijnen en/of voedingsmiddelen die u niet mag hebben?

Zo ja, welke?

Ja/Nee

Medicijngebruik:

(Regulier en alternatief; wat gebruikt u nu; dosering en frequentie van inname; ook vermelden wat u regelmatig slikt zoals vitamines, pijnstillers, enz.)

D. LEEFWIJZE

Hoe is in het algemeen uw eetpatroon (ontbijt, lunch, diner, tussendoortjes)?

(Wanneer eet u, hoe vaak, wat is de samenstelling van uw maaltijden?)

Ontbijt:		
Lunch:		
Diner:		
Tussendoortjes:		

Gebruikt u (weinig=1, matig=2, veel=3)

Varkensvlees	<input type="checkbox"/>	kruidenthee	<input type="checkbox"/>	tarwe	<input type="checkbox"/>
Overig vlees	<input type="checkbox"/>	suiker	<input type="checkbox"/>	zout	<input type="checkbox"/>
Vis	<input type="checkbox"/>	zoetstoffen	<input type="checkbox"/>	maïs	<input type="checkbox"/>
Eieren	<input type="checkbox"/>	frisdranken	<input type="checkbox"/>	snoepgoed	<input type="checkbox"/>
Kip	<input type="checkbox"/>	cola	<input type="checkbox"/>	chocolade	<input type="checkbox"/>
Melk	<input type="checkbox"/>	"light"dranken	<input type="checkbox"/>	citrusvruchten	<input type="checkbox"/>
Kaas	<input type="checkbox"/>	rauwkost	<input type="checkbox"/>	ander fruit	<input type="checkbox"/>
Aardappelen	<input type="checkbox"/>	yoghurt	<input type="checkbox"/>	tomaten	<input type="checkbox"/>
Magnetron	<input type="checkbox"/>	koffie	<input type="checkbox"/>	cafeïne vrije koffie	<input type="checkbox"/>
Thee	<input type="checkbox"/>	aubergine	<input type="checkbox"/>	noten	<input type="checkbox"/>
Roken:	<input type="checkbox"/>	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>	hoeveelheid:	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>	hoeveelheid:	<input type="checkbox"/>
Beweging/sport	<input type="checkbox"/>	Ja/Nee	<input type="checkbox"/>	hoe vaak per week:	<input type="checkbox"/>
Slapen:	<input type="checkbox"/>	goed/matig/slecht			

E. KLACHTEN, ZIEKTEN, EN SYMPTOMEN

Geef aan welke van de onderstaande klachten bij u van toepassing zijn:

Huidige klachten=X,

klachten uit het verleden=V

Algemeen

Abcessen	<input type="checkbox"/>	aids	<input type="checkbox"/>	Alcoholverslaving	<input type="checkbox"/>
Allergieën	<input type="checkbox"/>	staar	<input type="checkbox"/>	Zelfmoordpogingen	<input type="checkbox"/>
Hypoglycemie	<input type="checkbox"/>	waterpokken	<input type="checkbox"/>	goedaardig gezwel	<input type="checkbox"/>
Depressies	<input type="checkbox"/>	difterie	<input type="checkbox"/>	pijn op de borst	<input type="checkbox"/>
Drugverslaving	<input type="checkbox"/>	oogklachten	<input type="checkbox"/>	Oververmoeidheid	<input type="checkbox"/>
Black-outs	<input type="checkbox"/>	struma	<input type="checkbox"/>	duizeligheid-flauwvallen	<input type="checkbox"/>
Aambeien	<input type="checkbox"/>	galbulten	<input type="checkbox"/>	slapeloosheid	<input type="checkbox"/>
Geelzucht	<input type="checkbox"/>	lupus	<input type="checkbox"/>	grote operaties	<input type="checkbox"/>
Mazelen	<input type="checkbox"/>	bijziendheid	<input type="checkbox"/>	mononucleosis (Pfeiffer)	<input type="checkbox"/>
Bof	<input type="checkbox"/>	nachtblindheid	<input type="checkbox"/>	doof gevoel/tintelingen	<input type="checkbox"/>
Roodvonk	<input type="checkbox"/>	zweren	<input type="checkbox"/>	problemen met zien	<input type="checkbox"/>
Weinig zin in seks	<input type="checkbox"/>	geen zin in seks	<input type="checkbox"/>	Schildklierandoeningen	<input type="checkbox"/>
Vermoeide ogen	<input type="checkbox"/>	brandende ogen	<input type="checkbox"/>	Hartaandoening/afwijking	<input type="checkbox"/>
Oogontsteking	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Spier/skelet:

Botklachten	<input type="checkbox"/>	lage rugpijnen	<input type="checkbox"/>	pijn tussen de schouders	<input type="checkbox"/>
Nekklachten	<input type="checkbox"/>	armklachten	<input type="checkbox"/>	beenklachten	<input type="checkbox"/>
Gezwellen gewrichten	<input type="checkbox"/>	spierpijn	<input type="checkbox"/>	stijve gewrichten	<input type="checkbox"/>
Botbreuken	<input type="checkbox"/>	zwakke spieren	<input type="checkbox"/>	pijnlijke gewrichten	<input type="checkbox"/>
Moeite met lopen	<input type="checkbox"/>	botontkalking	<input type="checkbox"/>	spierscheuringen	<input type="checkbox"/>
Rugklachten	<input type="checkbox"/>	hernia	<input type="checkbox"/>	wervelkolomproblemen	<input type="checkbox"/>
M.S.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hart, bloedvaten en luchtwegen	Hartklachten	<input type="checkbox"/>	slijm ophoesten	<input type="checkbox"/>	ademhalingsklachten	<input type="checkbox"/>
	Bloed ophoesten	<input type="checkbox"/>	longklachten	<input type="checkbox"/>	te snelle hartslag	<input type="checkbox"/>
	Spataderen	<input type="checkbox"/>	astma	<input type="checkbox"/>	aderverkalking	<input type="checkbox"/>
	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	bloedarmoede	<input type="checkbox"/>	longemfyseem	<input type="checkbox"/>
	Hooikoorts	<input type="checkbox"/>	hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>
	Longontsteking	<input type="checkbox"/>	hartaanval	<input type="checkbox"/>	onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>

K.N.O.	Oorontsteking	<input type="checkbox"/>	oorklachten	<input type="checkbox"/>	oorgeroeis	<input type="checkbox"/>
	Neusklachten	<input type="checkbox"/>	bloedneus	<input type="checkbox"/>	hardnekkige hoest	<input type="checkbox"/>
	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	loopneus	<input type="checkbox"/>	verstopte neus	<input type="checkbox"/>
	Pijnlijk tandvlees	<input type="checkbox"/>	gebitsklachten	<input type="checkbox"/>	bloedend tandvlees	<input type="checkbox"/>
	Pijnlijke mond	<input type="checkbox"/>	keelpijn	<input type="checkbox"/>	heesheid	<input type="checkbox"/>
	Moeilijk praten	<input type="checkbox"/>	aften	<input type="checkbox"/>	tandvleesontsteking	<input type="checkbox"/>

Uro-genitaal systeem	Blaasproblemen	<input type="checkbox"/>	gonorroe	<input type="checkbox"/>	veel urine/plassen	<input type="checkbox"/>
	Pijnlijk plassen	<input type="checkbox"/>	syfilis	<input type="checkbox"/>	's nachts veel plassen	<input type="checkbox"/>
	Weinig urine/plassen	<input type="checkbox"/>	niersteen	<input type="checkbox"/>	afwijkende kleur urine	<input type="checkbox"/>
	Moeite met plassen	<input type="checkbox"/>	nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Voor vrouwen

	PMS	<input type="checkbox"/>	baarmoeder verwijderd	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Vaginale bloedingen	<input type="checkbox"/>	Vaginale afscheiding	<input type="checkbox"/>	opvliegers	<input type="checkbox"/>
	Gebruikt spiraaltje	<input type="checkbox"/>	knobbeltje in borst	<input type="checkbox"/>	chlamydia	<input type="checkbox"/>
	Pijn in de borsten	<input type="checkbox"/>	vaginale schimmelinfectie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Gebruikt anticonceptiepil	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	onregelmatige menstruatie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Wanneer laatste PAP-test:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Voor mannen

	Druppelend urineren	<input type="checkbox"/>	prostaat klachten	<input type="checkbox"/>	pijnlijke testikels	<input type="checkbox"/>
	Knobbels op testikels	<input type="checkbox"/>	gezwollen testikels	<input type="checkbox"/>	moeite met plassen	<input type="checkbox"/>
	Gebrek aan energie	<input type="checkbox"/>	brandend gevoel aan penis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Maag/darm stelsel

Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	winderigheid	<input type="checkbox"/>	overmatige eetlust	<input type="checkbox"/>
Gasvorming	<input type="checkbox"/>	geen honger	<input type="checkbox"/>	moeite met slikken	<input type="checkbox"/>
Moeite met kauwen	<input type="checkbox"/>	extreme dorst	<input type="checkbox"/>	geelzucht	<input type="checkbox"/>
Bloed braken	<input type="checkbox"/>	braken van voedsel	<input type="checkbox"/>	galbraken	<input type="checkbox"/>
Buikpijn	<input type="checkbox"/>	constipatie, zwarte ontlasting	<input type="checkbox"/>	gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	bloed in ontlasting, aambeien	<input type="checkbox"/>	Candida	<input type="checkbox"/>
Leverklachten	<input type="checkbox"/>	galblaasklachten	<input type="checkbox"/>	alveesklierontsteking	<input type="checkbox"/>
Onvold. Darmlediging	<input type="checkbox"/>	leverziekte	<input type="checkbox"/>	gastritis	<input type="checkbox"/>
Ziekte van Crohn	<input type="checkbox"/>	diverticulose	<input type="checkbox"/>	Dikke darmontsteking	<input type="checkbox"/>
Leverontsteking	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
sterke behoefte aan gekruid eten					<input type="checkbox"/>
Sterke behoefte aan zoetheid					<input type="checkbox"/>
Sterke behoefte aan zout					<input type="checkbox"/>

Zenuwstelsel

Beven/trillen	<input type="checkbox"/>	verdoofd gevoel	<input type="checkbox"/>	krampen	<input type="checkbox"/>
Gevoelsverlies	<input type="checkbox"/>	verlamming	<input type="checkbox"/>	wazig gezichtsveld	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	flauwvallen	<input type="checkbox"/>	hoofdpijn	<input type="checkbox"/>
Spiertrekkingen	<input type="checkbox"/>	ischias	<input type="checkbox"/>	depressies	<input type="checkbox"/>
Epilepsie aanvallen	<input type="checkbox"/>	verwardheid	<input type="checkbox"/>	geheugenverlies	<input type="checkbox"/>
Zenuwpijnen	<input type="checkbox"/>	polio	<input type="checkbox"/>	vergeetachtig	<input type="checkbox"/>
Zenuwinzinking	<input type="checkbox"/>	rusteloze benen 's nachts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Huid, haar en nagels

eczeem	<input type="checkbox"/>	haaruitval	<input type="checkbox"/>	psoriasis	<input type="checkbox"/>
Huidirritatie	<input type="checkbox"/>	nagelbijten	<input type="checkbox"/>	overmatig zweten	<input type="checkbox"/>
Broze nagels	<input type="checkbox"/>	herpes	<input type="checkbox"/>	snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>
acne	<input type="checkbox"/>	jeuk	<input type="checkbox"/>	kalknagels	<input type="checkbox"/>

Ik verklaar de anamneselijst naar waarheid te hebben ingevuld:

D.d. _____ plaats: _____ duidelijk handtekening:

Uitgeprinte, ingevulde en getekende lijst opsturen naar:

PT&HS,
Kerkstraat 29,
2959BS Streefkerk
t.a.v. K.M. Bergsma