

**Personalia**

Voornaam .....  
 adres .....  
 pc/woonplaats .....  
 e-mail .....  
 Geboortedatum .....  
 Gewicht ..... lengte .....  
 Beroep/werk .....

datum ..... M / V  
 naam .....  
 tel 1 .....  
 tel 2 .....  
 mobiel .....  
 ongehuwd / gehuwd / samenwonend  
 kinderen ..... zwangerschappen .....

**Fysieke klachten**, duur, waar in lichaam, tijdstip van de dag (belangrijkste eerst)

klacht	sinds	diagnose	door wie, wanneer

Wat zijn de situaties die de klacht verergeren of verbeteren .....

Wat voor medicatie of therapie heeft u al gehad? .....

Bent u eerder ziek geweest in het verleden? .....

Heeft u ziekenhuisopname en/of operaties ondergaan, of andere geneeskundige therapieën gehad? .....

Heeft u emotionele klachten? Hoe bent u daarvoor behandeld? .....

Zijn er in uw leven indringende ervaringen of gebeurtenissen geweest? (chtscheiding, sterfgevallen, pesterijen, ontslag, werkeloosheid, aanranding, inbraak, ongeval). Geef een korte omschrijving met vermelding van tijdstip. ....

Heeft u het snel warm, zoekt u snel verkoeling? .....

Welke (verre) landen heeft u de laatste 5 jaren bezocht? .....

**Medicijngebruik, ook homeopatisch en voedingssupplementen (belangrijkste eerst)**

klacht	hoe lang	Voorgeschreven door	medicijn

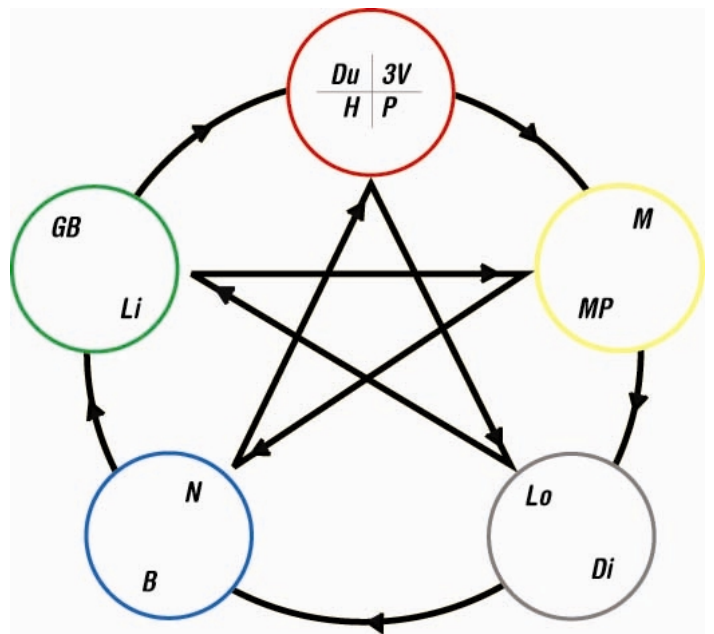
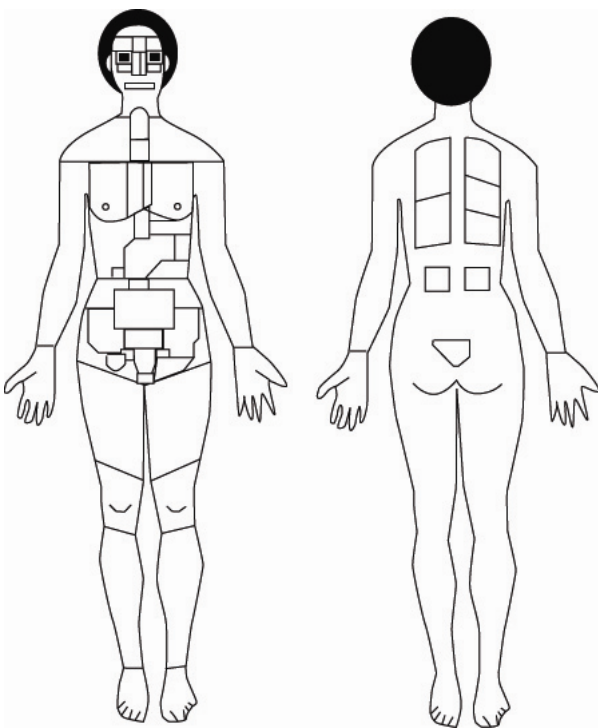
Bijverschijnselen?

.....

.....

.....

Geef de plaats aan van de pijn of de verschijnselen:



(intern gebruik)

Opmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Voeding

Volgt u een dieet? Wat is de reden? Wat is de samenstelling?

.....

.....

**Geef aan welke producten u gebruikt en hoe vaak per dag / week**

product	freq	dag/week	product	freq	dag/week	product	freq	dag/week
koffie		d w	melk		d w	zoetmiddelen		d w
decafé		d w	kaas		d w	suiker		d w
thee		d w	soja		d w	stevia		d w
kruiden thee		d w	yoghurt		d w	karnemelk		d w
zout		d w	peper		d w	scherpe kruiden		d w
chocolade		d w	cacao		d w	frisdrank		d w
vruchtensap (pak)		d w	gebak, koek		d w	blikgroenten		d w
rundvlees		d w	lamsvlees		d w	varkensvlees		d w
kip		d w	kalkoen		d w	vis		d w
water		d w	sigaretten		d w	pijp, sigaren		d w
alcohol		d w	alcohol soort(en)					

Wat is uw eetpatroon ( ontbijt, lunch, diner, tijden, hoeveelheid)?

.....

.....

.....

Hoe vaak per week eet u fruit? Wat is de samenstelling?

.....

.....

Hoe vaak per week eet u groente? Wat is de samenstelling?

.....

.....

Welke voedingsmiddelen gebruikt u niet? Wat is de reden?

.....

.....

Wat is uw smaakvoorkeur?

<input type="checkbox"/> zoet	<input type="checkbox"/> zout	<input type="checkbox"/> bitter	<input type="checkbox"/> zuur	<input type="checkbox"/> scherp
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

## Opmerkingen

.....

.....

.....

.....

.....