

ANAMNESE FORMULIER**Datum:**

Naam:

Voorletters:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Mobiel:

Geb. datum:

Geboorteplaats:

Huisarts:

Verzekering:

Polis nummer:

Email:

Hoofdklacht (en)/ sytomen/ ziektes:

.....

.....

.....

Medicijnen /incl pil:
(medicijnen meebrengen svp)

.....

.....

.....

Wanneer treedt de klacht op:

.....

Bijkomende klachten:

.....

.....

Antibiotica gehad: Ja / Nee
vaak / weinig / nooit.

Gevolgdde therapieen:

Resultaten:

Operaties:

Littekens:

Alcoholgebruik: Ja / Nee
indien ja hoeveel?

Roken: Ja / Nee
indien ja hoeveel?

Ontlasting keer per dag / week
Hard / Zacht / Normaal/ Dun / Wisselend

Slapen: Inslapen Goed / Slecht
 Doorslapen Goed / Slecht
 Altijd / Vaak wakker omuur.

Voeding:

Ik drink:X Koffie /X Thee /
 X Water per dag

Ik gebruik: Suiker / Zoet / Zuivel
Ik ben gek op
(en eet dit ook veel)

Menstruatie: (Indien van toepassing)
Datum laatste menstruatie:

Klachten

Te lang durende menstruatie

Lange pauzes tussen de menses

Overmatige pijnlijke menstruatie

Pre menstruale klachten

Cyclus van: Weken / Dagen

Versterkt onregelmatig bloedverlies

Uitblijven van de menstruatie

Post natale depressie

Ik ben allergies voor:

.....

.....

Als kind ben ik bekend met:

- Eczeem
- Astma
- Bronchitis
- Darmkrampjes

Ik ben ziek geweest na de volgende vaccinaties:

.....

.....

Ik heb de volgende huisdieren

.....

.....