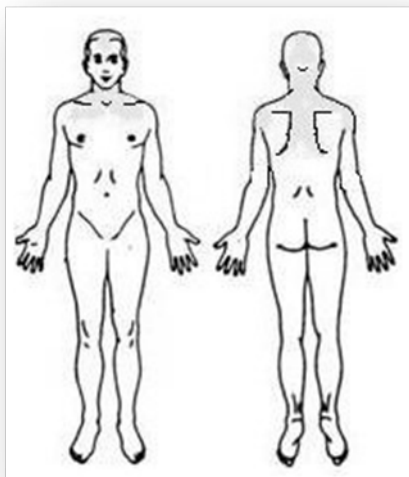


## Persoonlijke gegevens

<b>Voornaam</b>		<b>Achternaam</b>	
<b>Adres</b>		<b>Pc en woonplaats</b>	
<b>Geboorte datum</b>		<b>Nationaliteit</b>	
<b>Burg. Staat</b>		<b>Beroep</b>	
<b>Lengte</b>		<b>Gewicht</b>	
<b>Geslacht</b>			
<b>Telefoon thuis</b>		<b>Telefoon mobiel</b>	
<b>Huisarts</b>		<b>E-Mail</b>	

## Hulpvraag:

- Motivatie en hulpvraag van de cliënt.
- Wat is de klacht of zijn de klachten?
- Bij meerdere klachten, wat is de hoofdklacht?
- Geef op de onderstaande tekening met pen de plaats(en) van de klacht(en) aan.



- Wanneer is de klacht begonnen?
- Wanneer hebt u last van de klacht(en) of nemen deze toe?
- Wanneer is er sprake van minder pijn? (welk jaargetijde, bij warmte, koude, vocht, droogte of wind, de nacht, de dag, tijdens beweging of juist erna, bij druk, bij stilstand enz.)
- Wat kunt u niet meer als gevolg van deze klachten?

**Andere behandelingen en resultaten:**

- **Bent u voor deze klacht nog elders in behandeling (geweest)? Zo ja, wat is er al gedaan en wat was het resultaat? (Huisarts, specialist...)**
- **Gebruikt(e) u medicijnen, kruiden, voedingssupplementen of homeopathische middelen? Zo ja, welke en in welke frequentie van inname?**

**Overige klachten:**

- **Hebt u wel eens last van klachten van problemen met ogen, huid, spieren, gewrichten, gebit, maag, darmen, luchtwegen, hart, bloedvaten?**

**Medische voorgeschiedenis:**

- **Was er sprake van traumata?  
(welke EHBO is er verleend en was er tijdens het ongeval sprake van zwelling, pijn, beperking in functie en stoornissen in de vitale functies?)**
- **Hebt u operaties ondergaan?**
- **Hebt u implantaties in uw lichaam zoals: Pacemaker, buisjes in de oren, platen, schroeven e.d.?**
- **Hebt u een chronische ziekte, handicap of beperking?**
- **Hebt u een besmettelijke ziekte of heeft die gehad?**
- **Bent u momenteel onder behandeling van een therapeut of medisch specialist?**
- **Is er sprake van erfelijke problematiek? Zo ja welke?**
- **Bent u ergens allergisch voor? Zo ja waarvoor?**

**Voedingspatroon:**

- **Wat eet u als ontbijt?**
- **Waaruit bestaat uw Lunch?**
- **Waaruit bestaat uw diner?**

**Tussendoor**

- **Gebruikt u koffie?**
- **Gebruikt u alcohol?**

- Rookt u?
- Gebruikt u suiker?
- Snoept u?
- Hoeveel vocht drinkt u per dag? En hoeveel water drinkt u per dag?

**Slaappatroon:**

- Slaapt u goed?
- Zo nee, waar hebt u last van? (inslapen, doorslapen, lichte slaap, dromen, transpireren e.d.)

**Psychische toestand:**

- Hoe vindt u dat u in uw vel zit? (lekker, energiek, snel boos, uitgeput, moe, gespannen, onrustig, huilerig, zorgelijk, piekerend, angstig.....)

**Individuele omstandigheden:**

- Gezinsamenstelling, samenlevingsvorm, verloop, belastende situaties, familiale belasting:
- Behuizing ( voelt zich thuis, stralingsbelasting, financiële zorgen etc.):
- Arbeid ( werkgever (s), uitkering,eigen wil, binding, voldoening, aard, specifieke belasting):
- Studie ( vroeger en nu ), talenten, leerstoornissen, gedragsmoeilijkheden:
- Hobby's, vrijetijdsbesteding, sport:

**Verwachtingen:**

- Van de cliënt:

**Cliënt verklaard dat dit formulier volledig en naar waarheid is ingevuld.**

**Datum :**

**Plaats :**

**Handtekening :**

---