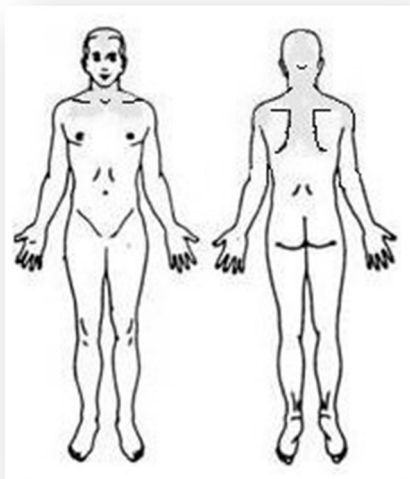


Persoonlijke gegevens

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

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.

Bas (vinkje?)****Cliënt verklaard tevens de Algemene Voorwaarden te hebben gelezen en gaat hiermee akkoord*******

Datum :

Plaats :

Handtekening :