

Anamneseformulier



- Sla dit formulier op op je computer onder een **zelfgekozen bestandsnaam**
- Dit bestand gebruik je om **in te vullen**
- Ga met de muis/cursor naar een tekstvak en klik, daarna **typ je je antwoord**
- Met de muis, of via tab ga je naar het volgende tekstvak
- Vul de keuzevakjes in met een muisklik
- Sla hierna het bestand op en verzend het naar **info@sanavital.nl**

Alina M. Drăgan
natuurgeneeskundig therapeut

Gasthuislaan 26
8331 MX Steenwijk

06 - 34 88 11 95
info@sanavital.nl
www.sanavital.nl

KvK 69392773
Bank NL38 INGB 0007 72 54 83

Persoonlijke gegevens

Voorletters en achternaam	man	vrouw
Roepnaam		
Geboortedatum		
Geboorteplaats		
Straat		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer	Mobiel nummer	
E-mailadres		
Burgerlijke Staat	alleenstaand	samenwonend
	gehuwd	gescheiden
	thuiswonend	
Beroep	Zorgverzekeraar	
Lengte	Polisnummer	
Gewicht	Huisarts	
Haarkleur	Telefoonnummer arts	
Oogkleur		

Uw huidige klachten

Klacht	sinds
Klacht	sinds
Klacht	sinds

BATC beroepsregistratie nr.
BR-02653
AGB zorgverlenerscode
90104202
AGB praktijkcode
90063523
Klacht- en Tuchtrect nr.
KB 17092244



Beschrijf in het kort uw ziektegeschiedenis (ziekenhuisopname, operaties, ongevallen, aandoeningen, kinderziektes (jaartal vermelden) enzovoorts.

Gebruik van medicijnen

Gebruikt u medicijnen of supplementen? Zo ja, graag naam, merk en voor welke klacht vermelden.

Heeft u allergieën of intoleranties?

Heeft u een allergische reactie op voeding? **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke

Heeft u een allergische reactie op medicatie? **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke

Heeft u een allergische reactie op supplementen? **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke

Bent u allergisch voor bijvoorbeeld pollen, huisstof, bomen, kruiden, grassen of anders? **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke



Voeding

Is er voeding die u niet verdraagt? Ik verdraag:

Vlees **ja** ☐ **nee** ☐

Rauwkost **ja** ☐ **nee** ☐

Vette voeding **ja** ☐ **nee** ☐

Scherpe kruiden **ja** ☐ **nee** ☐

Anders

Ik heb een sterke behoefte aan

Zout **ja** ☐ **nee** ☐

Zuur **ja** ☐ **nee** ☐

Zoet **ja** ☐ **nee** ☐

Bitter **ja** ☐ **nee** ☐

Anders

Inname van stimulerende middelen, zoet- en lightproducten

Hoeveel drinkt u per dag liter

Cafeïne/theïne nodig om wakker te blijven **ja** ☐ **nee** ☐

Welke drank gebruikt u?

Gebruikt u 'light' producten of andere kunstmatige zoetstoffen **ja** ☐ **nee** ☐

Welke light of zoetstoffen gebruikt u?

Alcoholgebruik **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja glazen per week/ dag

Roken **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja sigaretten/sigaren per week/ dag

Drugsgebruik **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja per week/ dag

Slapen

Inslaap/doorslaapproblemen **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja meestal wakker om uur

Hoeveel uren slaapt u?

Lichamelijk en psychische reacties

Snel koud **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja, specifieke plaatsen

Snel warm **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja, specifieke plaatsen

Snel zweten **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja, specifieke plaatsen

Zweetgeur **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja specifieke geur

Heeft u last van verdriet **ja** ☐ **nee** ☐

boosheid **ja** ☐ **nee** ☐

eenzaam zijn **ja** ☐ **nee** ☐



Hoe zou u uzelf omschrijven, welke van onderstaande termen is van toepassing op u?

- ☐ geïnteresseerd ☐ neutraal ☐ ongeïnteresseerd in voor u belangrijke zaken
- ☐ humoristisch ☐ neutraal ☐ serieus
- ☐ vastbesloten ☐ twijfelachtig
- ☐ onbezorgd ☐ bezorgd ☐ overbezorgd ☐ tobberig
- ☐ optimistisch ☐ neutraal ☐ pessimistisch
- ☐ gevoelens van stress ☐ spanning ☐ prikkelbaar
- ☐ uitgeput/moe ☐ lusteloos ☐ wat sneller uitgeput dan vroeger

Angsten

Bent u angstig op het vlak van:

- | | | | |
|------------|---|-------------|--|
| Gezondheid | ja ☐ nee ☐ | Dood | ja ☐ nee ☐ |
| Financiën | ja ☐ nee ☐ | Kritiek | ja ☐ nee ☐ |
| Ouderdom | ja ☐ nee ☐ | Alleen zijn | ja ☐ nee ☐ |
| Donker | ja ☐ nee ☐ | | |
| Fobieën | ja ☐ nee ☐ zo ja, welke | | |

Anders

Hierna volgt een omschrijving van diverse klachten

(indien klachten zich in het verleden voordeden noteer er dan een V achter, of bij digitaal invullen: noteer het op de laatste pagina)

Spieren en het skelet

- | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------|--|
| Botklachten | ja ☐ nee ☐ | Gezwollen gewrichten | ja ☐ nee ☐ |
| Botbreuken | ja ☐ nee ☐ | Pijnlijke gewrichten | ja ☐ nee ☐ |
| Botontkalking | ja ☐ nee ☐ | Stijve gewrichten | ja ☐ nee ☐ |
| Wervelkolomproblemen | ja ☐ nee ☐ | Moeite met lopen | ja ☐ nee ☐ |
| Rugklachten (hoog) | ja ☐ nee ☐ | Nekklachten | ja ☐ nee ☐ |
| Rugklachten (laag) | ja ☐ nee ☐ | M.S. | ja ☐ nee ☐ |
| Spierpijn | ja ☐ nee ☐ | R.S.I. | ja ☐ nee ☐ |
| Spierscheuringen | ja ☐ nee ☐ | Hernia | ja ☐ nee ☐ |
| Zwakke spieren | ja ☐ nee ☐ | Armkklachten | ja ☐ nee ☐ |
| Stijfheid bij het op gang komen | ja ☐ nee ☐ | Beenklachten | ja ☐ nee ☐ |
| Gevoelig voor weersveranderingen | ja ☐ nee ☐ | | |



Hart en bloedvaten

Hartklachten	ja ☐ nee ☐	Te snelle hartslag	ja ☐ nee ☐
Hartkloppingen	ja ☐ nee ☐	Spataderen	ja ☐ nee ☐
Hartaanval	ja ☐ nee ☐	Te hoge bloeddruk	ja ☐ nee ☐
Aderverkalking	ja ☐ nee ☐	Te lage bloeddruk	ja ☐ nee ☐
Onregelmatige hartslag	ja ☐ nee ☐	Duizeligheid bij het opstaan	ja ☐ nee ☐
Pijn op de borst	ja ☐ nee ☐	Bloedarmoede	ja ☐ nee ☐

Longen en longziekten

Longklachten	ja ☐ nee ☐	Longontsteking	ja ☐ nee ☐
Ademhalingsklachten	ja ☐ nee ☐	Bloed ophoesten	ja ☐ nee ☐
Bronchitis	ja ☐ nee ☐	Slijm ophoesten	ja ☐ nee ☐
Astma	ja ☐ nee ☐	Hardnekkig hoesten	ja ☐ nee ☐
Hoesten	ja ☐ nee ☐	Longemfyseem	ja ☐ nee ☐
Heesheid	ja ☐ nee ☐	Tuberculose	ja ☐ nee ☐
Benauwdheid	ja ☐ nee ☐		

KNO; keel, neus en oorklachten

Oorklachten	ja ☐ nee ☐	Verstopte neus	ja ☐ nee ☐
Oorontsteking	ja ☐ nee ☐	Loopneus	ja ☐ nee ☐
Oorgeruis	ja ☐ nee ☐	Bloedneus	ja ☐ nee ☐
Neusklachten	ja ☐ nee ☐	Hooikoorts	ja ☐ nee ☐
Bijholteontsteking	ja ☐ nee ☐	Keelpijn	ja ☐ nee ☐
Vaak verkouden	ja ☐ nee ☐	Angina	ja ☐ nee ☐

Spijsverteringssysteem

Droge lippen	ja ☐ nee ☐	Winderigheid	ja ☐ nee ☐
Pijnlijk tandvlees	ja ☐ nee ☐	Gasvorming	ja ☐ nee ☐
Tandvleesontsteking	ja ☐ nee ☐	Buikpijn/krampe	ja ☐ nee ☐
Aften	ja ☐ nee ☐	Opboeren	ja ☐ nee ☐
Bloedend tandvlees	ja ☐ nee ☐	Zuurbranden	ja ☐ nee ☐
Pijnlijke mond	ja ☐ nee ☐	Moeite met kauwen	ja ☐ nee ☐
Moeilijk praten	ja ☐ nee ☐	Moeite met slikken	ja ☐ nee ☐
Gebitsklachten	ja ☐ nee ☐	Opbraken van voedsel	ja ☐ nee ☐
Slechte adem	ja ☐ nee ☐	Galbraken	ja ☐ nee ☐
Amandelen geknipt	ja ☐ nee ☐	Bloedbraken	ja ☐ nee ☐
Tandprothese	ja ☐ nee ☐	Obstipatie	ja ☐ nee ☐
Amalgaam vullingen	ja ☐ nee ☐	Diarree	ja ☐ nee ☐
Opgeblazen gevoel	ja ☐ nee ☐	Slijm in ontlasting	ja ☐ nee ☐



Aambeien	ja ☐ nee ☐
Poliepen	ja ☐ nee ☐
Geelzucht	ja ☐ nee ☐
Leverklachten	ja ☐ nee ☐
Leverontsteking	ja ☐ nee ☐
Galblaasklachten	ja ☐ nee ☐
Galstenen	ja ☐ nee ☐
Alvleesklierontsteking	ja ☐ nee ☐

Bloed in ontlasting	ja ☐ nee ☐
Prikkelbare darmsyndroom	ja ☐ nee ☐
Ziekte van Crohn	ja ☐ nee ☐
Blindedarmontsteking	ja ☐ nee ☐
Onvoldoende darmlediging	ja ☐ nee ☐
Borrelen in buik	ja ☐ nee ☐
Frequentie ontlasting	keer per week/ per dag

Blaas en nieren

Blaasproblemen	ja ☐ nee ☐
Moeite met plassen	ja ☐ nee ☐
Veel urine/plassen	ja ☐ nee ☐
Weinig urine/plassen	ja ☐ nee ☐
Urine incontinentie	ja ☐ nee ☐
Afwijkende kleur	ja ☐ nee ☐
Druppelen	ja ☐ nee ☐

Pijnlijk plassen	ja ☐ nee ☐
Blaasontsteking	ja ☐ nee ☐
's Nachts veel plassen	ja ☐ nee ☐
Nierstenen	ja ☐ nee ☐
Nierbekkenontsteking	ja ☐ nee ☐
Frequentie urine/plassen	keer per week/ per dag

Huid, haar en nagels

Huidirritatie	ja ☐ nee ☐
Psoriasis	ja ☐ nee ☐
Steenpuisten	ja ☐ nee ☐
Vette huid	ja ☐ nee ☐
Pukkeltjes	ja ☐ nee ☐
Acne	ja ☐ nee ☐
Herpes	ja ☐ nee ☐
Snel blauwe plekken	ja ☐ nee ☐
Broze nagels	ja ☐ nee ☐
Nagelbijten	ja ☐ nee ☐
Kloven	ja ☐ nee ☐

Eczeem	ja ☐ nee ☐
Netelroos	ja ☐ nee ☐
Droge huid	ja ☐ nee ☐
Blaasjes	ja ☐ nee ☐
Puistjes	ja ☐ nee ☐
Mee-eters	ja ☐ nee ☐
Jeuk	ja ☐ nee ☐
Haaruitval	ja ☐ nee ☐
Kalknagels	ja ☐ nee ☐
Wratten	ja ☐ nee ☐
Eelt	ja ☐ nee ☐

Seksueel overdraagbare ziekten

Chlamydia	ja ☐ nee ☐
Gonorrhoe	ja ☐ nee ☐
Syfilis	ja ☐ nee ☐

Herpes	ja ☐ nee ☐
HIV / AIDS	ja ☐ nee ☐

Overdraagbare ziekten

Hepatitis C	ja ☐ nee ☐
Anders	



Zenuwstelsel

Beven/trillen	ja ☐ nee ☐	Verdoofd gevoel	ja ☐ nee ☐
Krampen	ja ☐ nee ☐	Gevoelsverlies	ja ☐ nee ☐
Verlamming	ja ☐ nee ☐	Wazig gezichtsveld	ja ☐ nee ☐
Hoofdpijn	ja ☐ nee ☐	Flauwvallen	ja ☐ nee ☐
Spiertrekkingen	ja ☐ nee ☐	Epileptische aanvallen	ja ☐ nee ☐
Zenuwpijnen	ja ☐ nee ☐	Verwardheid	ja ☐ nee ☐
Depressies	ja ☐ nee ☐	Zenuwinzinking	ja ☐ nee ☐
Suïcidaal	ja ☐ nee ☐	Burn-out	ja ☐ nee ☐
Overspannen	ja ☐ nee ☐	Angststoornis	ja ☐ nee ☐
Geheugenverlies	ja ☐ nee ☐	Vergeetachtigheid	ja ☐ nee ☐
Rusteloze benen	ja ☐ nee ☐	Slechte concentratie	ja ☐ nee ☐
Verlies van smaak	ja ☐ nee ☐	Verlies van reuk	ja ☐ nee ☐
Verlies van gehoor	ja ☐ nee ☐	Verlies van spierkracht	ja ☐ nee ☐
Verlies van zicht	ja ☐ nee ☐	Overgevoelig voor geur	ja ☐ nee ☐
Overgevoelig voor licht	ja ☐ nee ☐	Overgevoelig voor geluid	ja ☐ nee ☐
Duizeligheid	ja ☐ nee ☐	Draaiduizelig	ja ☐ nee ☐
Waas voor ogen	ja ☐ nee ☐	Sterretjes zien	ja ☐ nee ☐
Duizelig alleen bij liggen	ja ☐ nee ☐	Duizelig alleen bij opstaan	ja ☐ nee ☐

Vragen aan de man

Druppelend urineren	ja ☐ nee ☐	Moeite met plassen	ja ☐ nee ☐
Prostaatklasten	ja ☐ nee ☐	Pijnlijke testikels	ja ☐ nee ☐
Knobbels op testikels	ja ☐ nee ☐	Gezwellen testikels	ja ☐ nee ☐
Brandend gevoel aan penis	ja ☐ nee ☐	Erectie problemen	ja ☐ nee ☐
Gebrek aan libido	ja ☐ nee ☐	Overmatig libido	ja ☐ nee ☐
Anders			



Vragen aan de vrouw

Op welke leeftijd had u de eerste menstruatie jaar

Op welke leeftijd had u de laatste menstruatie (menopauze) jaar

Pijnlijke menstruatie	ja ☐ nee ☐	Veel bloedverlies	ja ☐ nee ☐
Bloed met stolsels	ja ☐ nee ☐	Weinig bloedverlies	ja ☐ nee ☐
Gebruik anticonceptie pil	ja ☐ nee ☐	Spiraaltje	ja ☐ nee ☐
Vaginale schimmelinfecties	ja ☐ nee ☐	Vaginale afscheiding	ja ☐ nee ☐
Pijnlijke borsten	ja ☐ nee ☐	Knobbeltjes borsten	ja ☐ nee ☐
Borstprotheses	ja ☐ nee ☐	Operaties baarmoeder	ja ☐ nee ☐
Onregelmatige menstruatie	ja ☐ nee ☐	Opvliegers	ja ☐ nee ☐
Tussentijds bloedverlies	ja ☐ nee ☐	PMS	ja ☐ nee ☐
Gebrek aan libido	ja ☐ nee ☐	Overmatig libido	ja ☐ nee ☐

Anders

Heeft u een kinderwens? **ja** ☐ **nee** ☐

Bent u zwanger geweest? **ja** ☐ **nee** ☐

Heeft u kinderen? **ja** ☐ **nee** ☐ zo ja; hoeveel kinderen

Zo ja; welke leeftijd(en)?

Heeft u tijdens de zwangerschap(pen) problemen gehad?

Zo ja, toelichting

Heeft u een miskraam gehad? **ja** ☐ **nee** ☐

Heeft u een abortus gehad? **ja** ☐ **nee** ☐

