*ANAMNESE*

Praktijk voor VoetreflexPlus, Ontspannings- & Energetische massages

|  |
| --- |
| Persoonsgegevens |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode/ Woonplaats |  |
| Telefoonnummer vast |  |
| Mobiel telefoonnummer |  |
| E.mailadres |  |
| Geboortedatum |  |
| Medisch |
| Huisarts |  |
| Specialist |  |
| Therapeut |  |
| Zorgverzekering/ polisnummer |  |
| Ziekte/ aandoeningen | Ja/ nee |
| WelkeHoe langHoeveel hinder |  |
| Medicijnen | Ja/ nee |
| WelkeWaarvoorHoe lang in gebruik |  |
| Vitamines of suplementen | Ja/ nee |
| Welke |  |
| Allergie/ voedingsintollerantie | Ja/ nee |
| Waarvoor |  |
| Huidproblemen | Ja/ nee |
| Welke |  |
| Darmklachten | Ja/ nee |
| Welke |  |
| Zwanger | Ja/ nee |
| Wanneer zijn gezondheidsklachten ontstaan?Kunt u dit in jaartallen aangeven? |  |
| Leefsituatie |
| Burgerlijke staat |  |
| Kinderen |  |
| Woonsituatie |  |
| Beroep |  |
| Hoeveel uur per weekHoeveel dagen per weekRegelmatig/ onregelmatigStaand/ zittend/ bewegend |  |
| Stressvol | Ja/nee |
| Aanvullende informatie |  |
| Studie |  |
| Hoeveel uur per weekHoeveel dagen per weekOverdag/ avonduren |  |
|  |
|  |
| Stressvol | Ja/ nee |
| Aanvullende informatie |  |
| Leefstijl |
| Beweging | Ja/ nee |
| Wat doet u/ hoe vaak per dag/ week en hoeveel? |  |
| Sport  | Ja/ nee |
| Hoe vaak en hoeveel per week |  |
| Rookt u | Ja/nee |
| Drinkt u alcohol, zo ja hoeveel/ wanneer |  |
| Hoe slaapt u |  |
| Hoe ziet een doordeweekse dag eruit |  |
| Voeding |
| Heeft u voedingsvoorkeuren? |  |
| Is er voeding dat u niet lust? |  |
| Is er voeding waar u niet tegen kunt? |  |
| Snoept u, zo ja hoe vaak en welke momenten, voorkeur snoep |  |
| Etentjes en feestjes, hoe vaak |  |
| Eten en werk/schoolHeeft u pauze en hoelangNeemt u eten meeKoopt u eten in de kantine |  |
| Motivatie |
| Wat is uw hulpvraag? |  |
| Wat verwacht u van mij? |  |
| Wat heeft u er zelf voor over? |  |
| Speelt stress een rol |
| Hoe kijkt u op dit moment tegen het leven aan? |  |
| Hoe is het afgelopen jaar voor u geweest? |  |
| Wat is er twee jaar voor het ontstaan van de klacht gebeurd/ dit kan emotioneel of lichamelijk zijn |  |
| Zijn er zaken geweest/ of zijn die er nog, die veel aandacht en energie van u hebben gevergd? |  |
| Heeft u op dit moment zorgen of angsten? Zo ja waarvoor? |  |
| Overige opmerkingen en aantekeningen |
|  |

Geef met een kruisje de gebieden aan waar u klachten hebt?

