



HomeoHealth

Anamnese formulier volwassen

Naam.....

Adres.....

Postcode/Woonplaats.....

Tel.nr.....

Email.....

Geb. datum.....

Burg. Staat.....

Beroep.....

Huisarts.....

Specialist.....

Andere behandelaars.....

Verzekering+ Nummer.....

Medicatie.....

Hoofdklacht.....

Andere klachten.....

Diagnose gesteld?.....

Door wie?.....

Ziektegeschiedenis.....

.....
.....



Operatie(s)? ja / nee

Wanneer en welk.....

Onder narcose? ja / nee

Littekens of hechtingen? ja / nee

Waar?.....

Gevaccineerd? ja / nee

Wanneer en waarvoor?.....

Hersenschudding gehad? ja / nee

Oorzaak?.....

Alcohol? ja / nee

Hoeveel per week?.....

Rookt u? ja / nee

Hoeveel per week?.....

Snoept u? ja / nee

Hoeveel en wat?.....

Sport/bewegen? ja / nee

Wat en hoe vaak?.....

Hoe ziet uw gemiddeld dagmenu er uit?:

Ochtend.....
.....

Middag.....
.....

Avond.....
.....

Tussendoor.....
.....



Gebruikt u de magnetron? ja / nee

Amalgaam (grijze vullingen) in uw gebit? ja / nee

Wel eens door een dier gebeten? ja / nee

Wel eens een bloedtransfusie gehad? ja / nee

Wel eens pijn op de borst? ja / nee

Staat u 's morgens fit op? ja / nee

Slaapt u goed? ja / nee.

Bij nee wordt u steeds op een bepaalde tijd wakker? Welke is dat?.....

Moet u 's nachts plassen? ja / nee

Hoe is uw ontlasting?.....

Vaak koude handen en/of voeten? ja / nee

Wat wilt u nog kwijt?.....

.....

.....

Vrouwen:

Anticonceptiepil? ja / nee

Wel eens zwanger geweest? ja / nee

Bij Ja, was dit een natuurlijke bevalling?.....

Hoe voelde u zich?.....

Complicaties?.....

Hoe is uw
menstruatie?.....

Last van opvliegers? ja / nee

Dank voor uw medewerking, uiteraard gaan we zeer vertrouwelijk met uw gegevens om, zonder uw uitdrukkelijke toestemming worden deze niet doorgegeven aan derden.

Plaats

.....

Datum

.....

Handtekening

.....



HomeoHealth

info@homeohealth.nl
www.homeohealth.nl
T 06-30388986