



HomeoHealth

Anamnese formulier kind

Naam.....

Adres.....

Woonplaats.....

Tel.nr ouders.....

Email ouders.....

Geb. datum.....

Kinderen gezin.....

BSN nummer.....

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?.....

Snoept uw kind? ja / nee

Hoeveel en wat?.....

Sport/beweegt uw kind? ja / nee

Wat en hoe vaak?.....

Hoe ziet het gemiddelde dagmenu van uw kind er uit?:

Ochtend.....
.....

Middag.....
.....

Avond.....
.....

Tussendoor.....
.....



Gebruikt u de magnetron? ja / nee

Is uw kind wel eens door een dier gebeten? ja / nee

Heeft uw kind wel eens een bloedtransfusie gehad? ja / nee

Staat uw kind 's morgens fit op? ja / nee

Slaapt uw kind goed? ja / nee.

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

Moet uw kind 's nachts plassen? ja / nee

Hoe is de ontlasting van uw kind?.....

Heeft uw kind vaak koude handen en/of voeten? ja / nee

Hoe verliep de zwangerschap?

Was het kind gewenst?.....

Hoe verliep de geboorte?

Was de geboorte op tijd?

Schrijf zoveel mogelijk in Uw eigen woorden de bijzonderheden van het kind op,
gewoonten, ongemakken, hoe het kind zich gedraagt tov anderen

.....

.....

.....

.....

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