# ANAMNESE FORMULIER Praktijk L. Kunst, *arts* -Bruggertweg 3A-7156 NB Beltrum-tel: 0544 482860 tussen 19-20 uur

# PERSOONLIJKE GEGEVENS:

# Naam:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Voornamen:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Geboortedatum:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Postcode:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Plaats:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Telefoon/GSM:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# E-mail adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Zorgverzekering:……………………………………………………………………………………………

# Burger Service Nummer (BSN):…………………………………………………………………………..

# Naam huisarts:………………………………………………………………………………………………………

# Postcode/Adres/Woonplaats van de huisarts……………………………………………………………………………………….

# Ik stel een open contact met uw huisarts/specialist op prijs. Wilt u dat uw huisarts te zijner tijd wordt geïnformeerd: ja/nee

# Specialist(en):………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Andere behandelaars:………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Bent u aanvullend verzekerd i.v.m. kostenvergoeding?.............................................................................................................................

# Beroep/school/opleiding:………………………………………………………………………………………………………………………………..

# Hobby’s, sport:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# Gezinssamenstelling:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Verwezen door: arts/tandarts/therapeut/anders………………………………………………………………………………………………………….

# DIAGNOSTIEK:

# Wat is uw hoofdklacht? (lichamelijk/psychisch): ……………………………………………………………………………………………………

# Noem ook andere klachten die u af en toe of vaak heeft (lichamelijk/psychisch)………………………………………………………………

# …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Wanneer zijn ze (hoofdklacht en andere klachten) begonnen? (acuut, chronisch, chronisch terugkerend) ……………………………..

# …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Is er een reguliere diagnose gesteld? Zo ja, welke?………………………………………………………………………………………………….

# Is de diagnose met laboratoriumonderzoek bevestigd? Ja/neen. Zo ja met welk onderzoek? ………………………………………………

# ....................................................................................................................................................................................................................................

# Waren er bijzondere gebeurtenissen *die ongeveer tegelijk met het begin van de klachten plaatsvonden*, zoals:

**Ongeluk ja/neen, tekenbeet ja/neen, blootstelling aan zieke dieren ja/neen, operatie ja/neen, narcose ja/neen, zwangerschap ja/neen, problemen met tanden ja/neen, vaccinaties ja/neen, infecties ja/neen, verhuizing ja/neen, renovatie woning ja/neen, reizen ja/neen, psychische stress ja/neen.**

# Toelichting ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# ……………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………

# Zijn uw symptomen meer/minder aanwezig afhankelijk van het weer? Ja/neen, van het seizoen ja/neen, van het tijdstip van dag/nacht ja/neen, van thuis/werk ja/neen, van binnen/buiten ja/neen.

# Toelichting……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Over welk lichaamsdeel/orgaan maakt u zich het meest zorgen? ……………………………………………………………………………………

# Welke eerdere ziekte(n) hebt u gehad en wanneer ongeveer……………………………………………………………………………………………

# ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Komen er in uw familie erfelijke ziekten voor. Zo ja welke? ……………………………………………………………………………………………

# ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Hebt u gehad:

**- hoge koorts ja/nee - orgaantransplantatie ja/nee - anemie of leukemie ja/nee - bloedingen ja/nee**

**- hemofilie ja/nee - stollingsremmers ja/nee - hartstoornissen ja/nee - extreme vermoeidheid ja/nee**

**- gevorderde diabetes ja/nee - pacemaker ja/nee - bent u zwanger ja/nee - metalen implantaten ja/nee**

# Wat is er tot nu toe aan deze klachten gedaan? ………………………………………………………………………………………………………

# ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10. ……………………

# Slaappatroon:

# Slaapt u snel in: ja/nee

# Slaapt u goed door: ja/nee

# Wordt u uitgerust wakker ja/nee

# Wordt u voortijdig wakker ja/nee

**Eetgewoonten:**

**heeft u een dieet: ja/neen, eet u varkensvlees: ja/neen, uw suikergebruik is ruim/weinig/geen, u eet wit/bruin/geen brood, u gebruikt boter/olie, u gebruikt u een magnetron, u gebruikt kant en klare maaltijden ja/neen/versvoedsel, u gebruikt hoeveel gram fruit/dag: 100- 200 g/dag /200-400 g/dag, eetlust goed/matig/slecht:**

# toelichting…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# DRINKEN:

# Koffie ja/nee. Hoeveelheid per dag:………………………………………………………………………………………

# Thee ja/nee. Hoeveelheid per dag:………………………………………………………………………………………..

# Water ja/nee. Hoeveelheid per dag………………………………………………………………………………………..

# Alcohol ja/nee. Eenheden per dag/week:………………………………………………………………………………..

# Welke medicijnen, homeopathische middelen ja/neen, vitaminen ja/neen, mineralen, e.d. gebruikt u:……………………………………………………………

# ……………………………………………………………………………………………………………................................................................................

# Neemt u a.u.b. de medicijnen die u gebruikt mee naar het consult!

# Rookt u? ja/nee/hoeveel per dag………………………………………………………………………………………………………………………

# Operatie? (welke, wanneer) ……………………………………………………………………………………………………………………………

# Ongeluk? Zo ja wat voor soort ongeval en wanneer?...................................................................................................................................

# ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Flinke val? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Gebit: (Amalgaam) vullingen: ja/neen, bruggen/kronen: ja/neen, wortelkanaalbehandeling gehad: ja/ neen /prothese/plaatje ja/neen, verstandskiezen verwijderd: ja//neen, ontstekingen: ja/neen.

# toelichting:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Drugs? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Cannabis voor medisch doel?......................................................................................................................................................

# INENTINGEN

# Pokken ja/nee Rode hond ja/nee

# DKTP ja/nee. Hemopylus influenzae B ja/nee

# BMR ja/nee Tyfus ja/nee

# Griep ja/nee Tuberculose (B.C.G.) ja/nee

# Andere inentingen, bv. voor buitenlandse reizen: ……………………………………………………………………………………………….

# Dank u voor uw medewerking. Uiteraard wordt vertrouwelijk met uw gegevens omgegaan. Deze worden hoogstens *geanonimiseerd* gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

# Ondergetekende verklaart zich vrijwillig onder behandeling te stellen met het uit zijn/haar eigen bloed bereide autovaccin, en en is daarover voldoende geïnformeerd.

# Aldus ingevuld door (naam) ………………………….…………………….……………

# Datum: ………………………..Plaats:……………………………………………………..

# Handtekening………………………………………………………………………………….