

**Vitaliteit Praktijk ANAMNESE FORMULIER t.b.v. voetreflexzonetherapie 2018**

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Pc Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Gezinssamenstelling: \_\_\_\_\_

**Hoofdklacht**

Gebruik voor langere antwoorden svp een bijlage!

Aard van de klacht: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Eventuele oorzaak: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geef een cijfer tussen 0-10 (10 is erg) in hoeverre deze klacht je leven beïnvloedt

Is de klacht voortdurend aanwezig? \_\_\_\_\_

Zo niet, is er regelmaat in te ontdekken? \_\_\_\_\_

Sinds wanneer bestaat uw klacht? \_\_\_\_\_

Verergert de klacht ergens door? \_\_\_\_\_

Verbeterd de klacht ergens door? \_\_\_\_\_

Heb je eerder therapieën ondergaan wat betreft deze klacht? \_\_\_\_\_

Bent je op dit moment onder behandeling? \_\_\_\_\_

Gebruikt je op dit moment medicijnen? \_\_\_\_\_

Zijn er nog andere klachten? \_\_\_\_\_

**Algemene dagelijkse leefomstandigheden**

Wat doe je aan (dagelijkse) beweging of sport? \_\_\_\_\_

Gebruikt je genotsmiddelen? (alcohol, sigaretten, snoepen e.d.) \_\_\_\_\_

Zo ja wat en hoeveel per dag/week? \_\_\_\_\_

Eet je wit of bruin brood? \_\_\_\_\_

Hoeveel groenten eet je per dag? \_\_\_\_\_

Hoeveel vlees/vis eet je per dag/week? \_\_\_\_\_

Gebruikt je veel melkproducten zoals kaas en melk? Hoeveel ongeveer \_\_\_\_\_

Hoe is het suikergebruik? Weinig/normaal/veel \_\_\_\_\_

Gebruik je vitaminepreparaten. Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Volg je een bepaald dieet? \_\_\_\_\_

Wat is je gewicht? \_\_\_\_\_

Kun je aangeven wat en hoeveel je per dag van het onderstaande drinkt?

Water \_\_\_\_ Koffie \_\_\_\_ Thee \_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_ Melk \_\_\_\_ Fris \_\_\_\_ Sap \_\_\_\_

**Psychische gezondheid**

Heb je last van stress (bijvoorbeeld op het werk of in een thuissituatie)? \_\_\_\_\_

Heb je irritaties? \_\_\_\_\_

Heb je slaapproblemen? \_\_\_\_\_

Hoe zijn je werkomstandigheden? \_\_\_\_\_

**Indicatie over de algemene gezondheid**

Graag omcirkelen wat van toepassing is

Huid	goed/niet goed/slecht	Ogen	goed/niet goed/slecht
Neus	goed/niet goed/slecht	Oren	goed/niet goed/slecht
Keel	goed/niet goed/slecht	Maag	goed/niet goed/slecht
Hart	goed/niet goed/slecht	Darmen	goed/niet goed/slecht
Nieren/blaaas	goed/niet goed/slecht	Longen	goed/niet goed/slecht
Nagels	goed/niet goed/slecht	Menstruatie	onregelmatig/regelmatig
Spieren/gewrichten	goed/niet goed/slecht	Plasgewoonten	goed/niet goed/Slecht /vaak/weinig
Temperatuur	normaal/wisselend	Ontlastingsgewoonten	goed/niet goed /slecht/ vaak/weinig
Hoofdpijn	vaak/regelmatig.soms/nooit	Cholesterol	normaal/te hoog/ te laag
Transpiratie	normaal/veel/weinig		
Schildklierwerking	normaal/te hoog/ te laag		
Bloeddruk	normaal/te hoog/ te laag		

**Medische geschiedenis**

Bent je ooit geopereerd of opgenomen geweest in een ziekenhuis? \_\_\_\_\_

Zo ja, graag met reden en jaartal \_\_\_\_\_

Heeft je vroeger bepaalde medicijnen gebruikt? \_\_\_\_\_

Zijn er erfelijke ziekten in de familie? (Graag omcirkelen wat van toepassing is)

Hart en vaatziekten	Spataderen/aambeien	Trombose
Kanker	Luchtwegen	Bloedarmoede
Eczeem	Psychische aandoeningen	Hersens bloedingen
Hoge/lage bloeddruk	Reumatische ziekten	Anders namelijk:

Heb je littekens? \_\_\_\_\_

Zo ja, waar? \_\_\_\_\_

Ben je ergens allergisch voor? \_\_\_\_\_

Kun je aangeven welke ziekten en belangrijke gebeurtenissen je hebt meegemaakt. (het liefst met de datum -ongeveer- erbij) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weet de huisarts af van deze voetreflexbehandeling? \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_

Ben ik iets vergeten te vragen wat je nog wel had willen vertellen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Stuur dit formulier zo uitgebreid mogelijk ingevuld retour naar: Vitaliteit Praktijk [info@vitaliteitpraktijk.nl](mailto:info@vitaliteitpraktijk.nl) Of neem het mee naar onze eerste afspraak.**