

## 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/nee. Zo ja met welk onderzoek? .....

.....

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

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

**Toelichting**

.....

.....

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

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/nee, eet u varkensvlees: ja/nee, 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/nee/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/nee, bruggen/kronen: ja/nee, wortelkanaalbehandeling gehad: ja/ nee /prothese/plaatje ja/nee, verstandskiezen verwijderd: ja//nee, ontstekingen: ja/nee.

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 inenting, 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.....**