

Anamnese Formulier

Kruiden geneeskundig



Onderstaand formulier geeft mij een indruk van uw klachten en de diagnose van uw arts/specialist, de reguliere medicatie die u gebruikt. Ik verzoek u daarom dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Naar aanleiding hiervan kan ik nog naar u mailen, met aanvullende vragen specifiek gericht op uw situatie. Indien een vraag niet van toepassing is, kunt u deze uiteraard overslaan.

De door u verstrekte informatie wordt volledig vertrouwelijk behandeld conform de richtlijnen van een paramedisch geneeskundig geregistreerd therapeut. En wordt conform de richtlijnen bescherming persoonsgegevens afgeschermd en nooit verstrekt aan derden. Tenzij u daar zelf uitdrukkelijk toestemming voor geeft.

Dit formulier kunt u ingevuld retour mailen naar info@sananatura.nl

Persoonlijke gegevens

Voornaam:		M/V
Achternaam:		
Adres:		
Postcode en Woonplaats:		
e-mail:		@
Telefoonnummers:	vast	mobiel
Voorkeur tijd/dag telefonisch contact		
Geboortedatum:		
Gewicht:		kg
Lengte:		
Beroep:		

Klachten

1. **Wat zijn uw klacht(en).** Wat is voor u de aanleiding voor dit fytotherapeutisch consult?

2. **Sinds wanneer heeft u deze klacht(en)?**

3. **Heeft u deze klacht(en) de hele dag/iedere dag?**

Diagnose

4. Bent u naar uw huisarts geweest met deze klachten of doorverwezen naar een specialist?

JA

4.1 Wanneer bent u hiervoor naar de huisarts/specialist geweest?

4.2 Is er door uw huisarts/specialist een diagnose gesteld en wat is deze diagnose?

4.3 Is er door uw huisarts/specialist onderzoek gedaan, waarop deze diagnose is gebaseerd?

NEE

4.4 Bent u voor deze klacht(en) bij andere therapeuten onder behandeling (geweest)?

Bijvoorbeeld Fysiotherapeut, homeopaat, masseur, reiki etc.

5. Heeft u behalve de klacht(en) die u hierboven heeft omschreven nog andere klacht(en) of aandoeningen?

Medicatie

6. Welke medicijnen gebruikt u? Wil u hier ALLE medicijnen vermelden die u gebruikt, ook al gebruikt u deze medicijnen voor andere, niet eerder genoemde klachten.

Naam en Merk	Dosering,	Tijden, bijv. 3x daags tijdens het eten	Gebruik sinds, +/- geschatte datum/jaar	Voorgeschreven door: bijv. huisarts

6.1 Heeft u last van bijwerkingen van deze medicatie. Of opeens hele andere bijkomende klachten?

6.2 Heeft u baat bij boven vermelde medicatie. Zo ja, welk medicijn/medicijnen.

7. Gebruikt u voeding supplementen, zoals multivitaminen, mineralen supplementen, kruiden of homeopatische middelen?

Naam en Merk	Dosering,	Tijden, bijv. 3x daags tijdens het eten	Gebruik sinds, +/- geschatte datum/jaar

Voeding en leefstijl

8. Volgt u een bepaald dieet of voedingsstijl?

- JA Welk dieet en waarom? (Indien dit vanwege gezondheidsredenen is)
 NEE

8.2 Drinkt u (kruiden)thee ?

- JA Hoe vaak, hoeveel en wat voor soort thee?
 NEE

8.3 Drinkt u verse vruchten- of groentensappen?

- JA Hoe vaak, hoeveel en wat voor soort sap evt. ook merk vermelden?
 NEE

8.4 Drinkt u koffie?

- JA Hoe vaak, hoeveel en wat voor soort sap evt. ook merk vermelden?
 NEE

8.5 Rookt u?

- JA Hoeveel rookt u per dag?
 NEE

8.6 Drinkt u alcohol?

- JA Hoe vaak, hoeveel en wat drinkt u?
 NEE

8.7 Gebruikt u middelen die als drugs worden beschouwd?

- JA Hoe vaak, hoeveel en wat?
 NEE

8.8 Sport u?

- JA Hoe vaak, en wat voor sport beoefent u?
 NEE

Medische geschiedenis

9. Heeft u ziekenhuisopnamen of operaties ondergaan?

- JA om welke redenen?
- NEE

9.1 Heeft u een aangeboren aandoeningen?

- JA welke aandoening?
- NEE

9.2 Zijn er erfelijke aandoeningen bekend in uw familie, zo ja, welke aandoeningen?

Uw bloedverwanten, vader, moeder, opa's/oma's etc.

- JA welke aandoeningen?
- NEE

De inhoudsstoffen van planten hebben een zeer brede werking en hebben meestal effecten op verschillende lichaamssystemen. De medische geschiedenis van u kan het gebruik van bepaalde kruiden uitsluiten. Ik verzoek u daarom dringend alles in te vullen van bovenstaande vragen, ook al denkt u wellicht zelf dat het niet van toepassing is.

9.3 Heeft u ooit een diagnose van een psychiater gekregen?

- JA welke diagnose?
- NEE

Bepaalde planten kunnen een (zeer) negatieve invloed hebben op bepaalde psychiatrische aandoeningen. Indien van toepassing is het dus zeer belangrijk dat u dit vermeld.

Algemeen

10. Hoe is uw bloeddruk

10.1 Wanneer is uw bloeddruk voor het laatst gemeten

10.2 Bent u ergens allergisch voor Dat kan voeding zijn, maar ook een inhalatie allergie bepaalde stoffen wol/synthetisch etc.

10.3 Slaap u goed? Zowel inslapen als doorslapen.

Overige

Los van onderstaande specifieke vragen, wilt u iets vermelden, wat ik u nog niet gevraagd heb?

Verwachtingen

Wat verwacht u van dit consult?

Specifiek voor vrouwen

11. Wanneer werd u voor het eerst ongesteld?

11.1 Hoeveel dagen bent u ongesteld?

11.2 Vloeit u weinig/gemiddeld/hevig?

11.3 Verliest u stolsels tijdens uw ongesteldheid?

11.4 Heeft u pijn tijdens uw ongesteldheid?

11.5 Is uw cyclus regelmatig?

11.6 Heeft u tussentijdse bloedingen?

11.7 Heeft u last van stemmingswisselingen voor en tijdens de ongesteldheid?