Vragenlijst

Klevertje ziekenbond aanbrengen a.u.b.

(waar mogelijk enkel omcirkelen wat voor jou van toepassing is)

Wat is uw voornaamste klacht?

Andere klachten?

Diagnose van de arts / specialist

Medicatie – Behandeling?

Algemene gezondheid: Zeer goed Goed Minder goed Zwak

Wanneer is de klacht begonnen en in welke omstandigheden?

Waardoor wordt de klacht uitgelokt? Beïnvloed?

Hebt u de klacht aanhoudend? Ja neen

Voelt u de klacht oppervlakkig of diep in uw lichaam?

Uw klacht ervaart u als beter - slechter - onveranderd wanneer u op de plaats van de klacht:

Warmte aanbrengt - Koude aanbrengt - Druk aanbrengt -

Massage uitvoert - In beweging brengt

Hebben één of meerdere van uw familieleden een gelijkaardige klacht? Wie?

Had u vroeger belangrijke ziekten? Welke? Wanneer?

Bent u reeds geopereerd geweest? Waarvoor? Wanneer?

Bent u moe?

’s Morgens bij het opstaan Bepaald uur van de dag

Na een kleine inspanning Na het eten

Wanneer u niets te doen hebt

Hoe slaapt u?

Goed/slecht Slecht inslapen

Wakker worden tijdens de nacht Steeds hetzelfde uur

Dromen Nachtmerries

Transpireert u?

Koud of warm zweet ’s Nachts ook

Over heel je lichaam of waar

Heb je gemakkelijk koorts? Ja Neen

Bent u kouwelijk?

Waar voelt u die koude?

Oppervlakkig of diep Handen Voeten

Of hebt u steeds warm? Waar?

Hoe is uw eetlust? Goed Slecht

Hebt u veel dorst? Ja Neen

Hoeveel drinkt u per dag?

Hebt u een opvallende voor- of afkeer van een van volgende smaken?

* Zuur Voorkeur Afkeer
* Bitter Voorkeur Afkeer
* Zoet Voorkeur Afkeer
* Pikant Voorkeur Afkeer
* Zout Voorkeur Afkeer

Bent u gevoelig voor:

Klimaatwisseling Regen Mist Sneeuw

Wind Lawaai Fel licht

Hebt u last van:

Huidaandoeningen Brekende nagels

Bent u:

Zenuwachtig Onrustig Opvliegend Snel geïrriteerd Angstig

Veel aan het piekeren Opkroppen Verdrietig Depressief

Hoe bent u van karakter? Uitbundig Gesloten

Hebt u zelfvertrouwen? Ja - Neen

Kunt u snel beslissingen nemen? Ja - Neen

Bent u afhankelijk van anderen? Ja - Neen

Voelt u zich goed

In uw omgeving Ja - Neen

In uw familie Ja - Neen

In uw beroepsleven Ja - Neen

Hebt u last van:

Hoofdpijn Haarverlies Concentratiestoornissen Slecht horen

Slecht zien Slecht ruiken Slechte smaak Slechte mondgeur

Oorsuizingen Duizeligheid Neusverkoudheden Sinusitis

Neusbloeden Tanden – cariës Aften (mondzweertjes) Droge lippen

Droge mond Keelontstekingen Hese stem Gemakkelijk verslikken

Zijn er in uw familie belangrijke ziekten bekend? Welke?

Hebt u ooit geelzucht gehad? Ja - Neen

Hebt u last van:

Ademnood Beklemming in de borst Pijn in de borstkas Hartkloppingen

Hoesten Maagproblemen Spijsvertering Opgezette buik

Krampen Verstopping Diarree Aambeien Liesbreuk

Slijm – welke kleur

Verteert u goed:

Vet (bv. chocolade) Alcohol Zetmeel (bv. aardappelen)

Melk Rauwkost (bv. sla, ui…)

Urineert u moeilijk? Ja - Neen

Is uw urine meestal: Helder - Troebel/Donkerrood

Hebt u last van:

Rugpijn: waar

Spierpijnen – krampen – stijfheid: waar

Gewrichtspijnen – reuma: waar

Zwaartegevoel in de benen Ja - Neen

Gezwollen voeten en benen Ja - Neen

Tinteling – doof gevoel Ja - Neen

Specifiek voor vrouwen

Is uw menstruatie:

Regelmatig Onregelmatig Tussentijdse bloedingen Overvloedig

Weinig Stolsels Pijnlijk Te laat Te vroeg

Wat is de kleur van uw bloedverlies:

Rood Bruin Purper

Hebt u witverlies? Ja - Neen

Witverlies geurend Ja - Neen

Zwangerschappen? Bijzonderheden?

Mail dit formulier ingevuld door of print het af en breng het ingevuld mee naar je afspraak.

Alvast bedankt!