VRAGENLIJST / ORTHOMOLECULAIRE ANAMNESE

Graag de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het eerste consult zullen de gegevens met je worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Alvast bedankt voor je inspanning!

|  |  |
| --- | --- |
| Voornaam en achternaam: |  |
| Adres: |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Emailadres: |  |
| Telefoonnummer overdag: |  |
| Beroep: |  |
| Sport / hobby / vrije tijd: |  |
| Burgerlijke staat: |  |
| Huisarts: |  |
| Telefoon huisarts: |  |
| Medicijngebruik (ook evt. anti-conceptiepil/mirena/nuvaring hier noemen): |  |
| Gebruik voedingssupplementen: |  |
| Zorgverzekering& klantnummer: |  |

**GAARNE SUPPLEMENTEN EN MEDICIJNEN MEENEMEN NAAR HET 1e CONSULT.**

**GAARNE RECENTE LABORATORUIMUITSLAGEN die je via huisarts of specialist hebt laten prikken meenemen naar het 1e consult.**

**GAARNE DIT INGEVULDE FORMULIER BIJ VOORKEUR EMAILEN NAAR** [**info@charlottewiering.nl**](mailto:info@charlottewiering.nl) **24 uur voor het 1e consult plaatsvindt. Of opsturen per post naar: Zijdewindestraat 91, 3014 NP Rotterdam.**

KLACHTEN

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is je voornaamste klacht? |  |
| Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? |  |
| Is er regelmaat in je klachten? |  |
| Wat zijn de eventuele bijkomende klachten? |  |
| Wat is je energieniveau op een dag? Geef aan tussen de 0% en 100%. |  |
| Wat is je lichaamslengte? |  |
| Wat is je gewicht? |  |
| Slaap je voldoende? |  |

FAMILAIRE ZIEKTEN

Noem hier (erfelijke) aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.).

|  |  |
| --- | --- |
| Moeder: |  |
| Vader: |  |
| Overige familieleden: |  |

TOXISCHE STOFFEN

|  |  |
| --- | --- |
| Heb je of had je amalgaamvullingen (grijze) in je tanden/kiezen, hoeveel? |  |
| Hoeveel wortelkanaalbehandelingen heb je gehad? |  |
| Heb je implantaten? |  |
| Wordt er in je arbeids/leefomgeving gewerkt met lichaamsvreemde stoffen? |  |
| Zijn er in de leef en/of werksituatie (zwarte) schimmels aanwezig in de ruimte? |  |

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Wil je in onderstaande tabel de vierkantjes aanvinken of aankruisen die voor je van toepassing zijn? De linker kolom vierkantjes zijn voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als je huidige klachten ook vroeger al had, dan kruis je beide vierkantjes aan.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Algemeen | | |  | Maag/darmen | | |
| oud | nu |  |  | oud | nu |  |
|  |  | hoofdpijn |  |  |  | verstopping |
|  |  | slapeloosheid |  |  |  | diarree |
|  |  | slecht inslapen |  |  |  | darmontsteking |
|  |  | gewichtsverandering |  |  |  | opgezette buik |
|  |  | duizeligheid |  |  |  | misselijkheid |
|  |  | vermoeidheid |  |  |  | winderigheid |
|  |  | dubbel en/of vaag zien |  |  |  | buikpijn |
| Luchtwegen/K.N.O. | | |  |  |  | buikkrampen |
|  |  | ademnood |  |  |  | borrelende buik |
|  |  | chronisch hoesten |  |  |  | maagzuur |
|  |  | astma |  |  |  | (op)boeren |
|  |  | keelpijn / ontstekingen |  |  |  | slechte adem |
|  |  | opgezette klieren in nek |  |  |  | snel een vol gevoel na eten |
|  |  | voorhoofdsholteontsteking |  | Spieren / Gewrichten | | |
|  |  | oorsuizen |  |  |  | gespannen spieren |
| Hart en bloedvaten | | |  |  |  | lage rugpijn |
|  |  | bloeddruk |  |  |  | Nekpijn en schouders |
|  |  | opgezette klieren |  |  |  | tintelingen / uitstraling |
|  |  | aderverkalking |  |  |  | gewrichtspijnen |
|  |  | onregelmatige hartslag |  |  |  | spierpijn |
|  |  | beklemmend gevoel borst |  |  |  | spierkrampen |
|  |  | hartkloppingen |  |  |  | bewegingsbeperking |
|  |  | koude handen / voeten |  |  |  | reuma |
|  |  | spataders |  | Huid | | |
|  |  | vocht vasthouden |  |  |  | eczeem / uitslag |
| Urinewegen | | |  |  |  | snel blauwe plekken |
|  |  | nierinfectie / stenen |  |  |  | droge huid |
|  |  | pijn bij plassen |  |  |  | overmatige transpiratie |
|  |  | prostaatklachten |  |  |  | jeuk |
|  |  | blaasontsteking |  |  |  | snel brekende nagels |
|  |  | geslachtsziekte |  |  |  | haaruitval |
|  |  | verandering urine |  |  |  | brekend haar |
| Vrouw | | |  | Pijn | | |
|  |  | zwanger |  |  |  | Heb je pijn? |
|  |  | pijnlijke menstruatie |  |  |  | stekend |
|  |  | onregelmatige menstr. |  |  |  | zeurend |
|  |  | langdurige menstruatie |  |  |  | kloppend |
|  |  | hevig bloedverlies |  |  |  | beklemmend |
|  |  | pijnlijke borsten |  |  |  | brandend |
|  |  | premenstrueel syndroom |  |  |  | overig |
|  |  | overmatige afscheiding |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geestelijke gesteldheid | | |
| oud | nu |  |
|  |  | zenuwachtig |
|  |  | depressies |
|  |  | overbezorgd |
|  |  | concentratiezwakte |
|  |  | geheugenvermindering |
|  |  | angst |
|  |  | veel piekeren |
|  |  | lusteloosheid |
|  |  | opkroppen |
|  |  | weinig zelfvertrouwen |
|  |  | kort lontje |
|  |  | verdriet / droefheid |
|  |  | besluiteloosheid |
|  |  | geïrriteerdheid |
|  |  | opvliegers |
|  |  | somber |

STOELGANG

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe is de stoelgang? | … X per dag, … X per week |
| Consistentie (brijig, diarree, gevormd, hard, wisselend, etc.): |  |
| Onverteerde resten in de ontlasting? |  |
| Kleur van de ontlasting: |  |

Kun je puntsgewijs en in chronologische wijze opschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen in je leven hebt doorgemaakt.
2. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
3. Belangrijke ontwikkelingen of gebeurtenissen in je leven zoals echtscheiding, verlies, overspannen, depressie, etc.
4. Donororganen en /of implantaten (pacemaker/borstprothese/..) hier ook noemen.
5. Welke medicijnen heb je gebruikt, zoals bijvoorbeeld antibiotica, prednison, hormoonzalven, histamineremmers, maagzuurremmers, oxytocine (wee opwekker bij bevalling), anti-conceptie-pil/mirena, etc.

|  |  |
| --- | --- |
| Leeftijd | ziekte/klacht/zwangerschap/ontwikkeling/gebeurtenis |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

LEEF EN VOEDINGSPATROON

Is er eten of drinken waar je allergisch of intolerant voor bent of vermoedt?

Zo ja, voor welke voedingsmiddelen en wat is de lichamelijke reactie?

Rook je? Ja/nee, …sigaretten per dag/week

Drink je alcohol? Ja/nee, …glazen per dag/week

Gebruik je drugs? Ja/nee welke?... hoe vaak? … per …

Drink je minstens 1,5 l.(kraan/bron/kruidenthee) water op een dag? Ja/nee, zo nee, hoeveel wel?

Drink je vaak energiedrankjes, frisdrank, vruchtensappen uit pak? Hoe vaak? Ja/nee

Drink je koffie? Ja/nee, … kopjes koffie per dag/week

Het ziet je voedingspatroon er ongeveer / gemiddeld uit per maaltijd? Neem onderstaande vragen mee in de beantwoording van deze vraag.

*Eet je vlees? Eet je vis? Hoe vaak per week? Eet je wit-, bruin- of volkorenbrood? Hoeveel boterhammen per dag? Wat gebruik je aan zuivelproducten? (Denk aan ( room)boter, melk, kaas, yoghurt enz.) Wat eet je dagelijks aan verse groente? Wat eet je dagelijks aan fruit? Eet je vegetarisch of veganistisch?*

Ontbijt

               

Lunch

               

Avondeten

               

Tussendoortjes

               

OVERIG

Heb je moeite met het slikken van capsules / tabletten? Ja/nee