

ANAMNESE

Naam	:
Geslacht	:
Leeftijd	:
Adres	:
Telefoon	:
Beroep	:
Email	:

Het volledig beantwoorden van de onderstaande vragen is nodig om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, en een succesvol verloop van de behandeling te garanderen. U bent echter niet verplicht om vragen die u te privé vindt, te beantwoorden. Echter we des te meer weten over uw gezondheidssituatie en alle bijbehorende invloeden erop, des te beter & sneller kunnen we u van dienst zijn. U mag ook later, 1 op 1 tijdens het intake gesprek, uw situatie verder toelichten.

Bent u naar ons/voedingsdeskundige door een arts doorverwezen?

.....

Bent u ook bij een andere therapeut onder behandeling? J/N (doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is) Zo ja, waarvoor?

.....

.....

Wat zijn u huidige gezondheidsklachten en hoelang heeft u die al?

.....

.....

.....

.....

Welke klachten die u heeft vindt u de belangrijkste en meest dringende, die u z.s.m. vanaf wilt?

.....

.....

Vragen met betrekking tot uw levenssituatie:

Gewicht:

.....

Lengte:

.....

Roker J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)

.....

Gebruikt u **medicijnen**? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)

Zo ja, welke en waarvoor + de dagelijkse dosering + sinds wanneer.

.....

.....

.....

Gebruikt u **voedingssupplementen**? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)

Zo ja, welke en waarvoor + de dagelijkse dosering + sinds wanneer.

.....

.....

.....

Heeft u zorgen en/of angsten omtrent uw gezondheid? Zo ja, waarvoor?

.....

.....

.....

Vragen met betrekking tot uw voedingsgewoontes:

Eet u in het algemeen zeer veel / veel / matig / weinig? (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)

.....

.....

.....

.....

Naar wat voor eten gaat uw voorkeur uit?

.....

.....

Wat eet u zeer regelmatig?

.....

.....

Hoeveel boterhammen eet u ongeveer per dag, en waarmee belegt u die?

.....

.....

Eet u iedere dag rauwkost? Met saus?

.....

Eet u dagelijks noten en zaden?

.....

Bent u vegetarisch of veganist? Zo niet, wat voor soort vlees eet u gewoonlijk / bij voorkeur?

.....

Welke oliën gebruikt u in uw rauwe gerechten zoals salades enz.?

.....

Welke oliën gebruikt u voor bakken en braden?

.....

Eet u verse groenten en fruit elke dag? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)

Zo ja, hoeveel, en wat eet u liever wat fruit & groenten betreft?

.....

.....

Heeft u vaak een extreme hang naar zoetheid, chocolade, brood, alcohol, middelen voor stemmingsverbetering? Zo ja, naar welke?

.....

Heeft u een sterke drang naar zoet/zuur//zout/bitter/vet voedsel?

.....

Heft u regelmatig vreetbuien?

.....

Kunt u gemakkelijk een maaltijd overslaan?

.....

Drinkt u koffie J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)

Zo ja, hoeveel kopjes per dag en hoe sterk de koffie?

.....

Heeft u na het eten vaak last van een opgeblazen gevoel J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)? Zo ja, na het eten van welke voeding heeft u dit vooral?

.....

.....

Bent u allergisch voor bepaalde voedingsmiddelen? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*) Zo ja, voor welke?

.....

Gebruikt u alcohol? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)
Zo ja, wat voor soort en hoeveel per dag?

.....

Volgt u nu een dieet, of heeft u ooit een dieet gevolgd? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*) Zo ja, welk dieet en waarvoor?

.....

.....

.....

Waren deze diëten succesvol? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)
Zo niet, wat was de reden?

.....

.....

.....

Vragen met betrekking tot uw gezondheidsverleden:

Wat was uw conditie door de jaren heen?

.....

Welke operaties heeft u ondergaan?

.....

.....

.....

Welke gezondheidsmankementen hebben zich in de loop der jaren gemanifesteerd en welke zijn officieel gediagnosticeerd?

.....

.....

.....

Is er ooit bij u hypoglykemie (te lage suikerspiegel) of hyperglykemie (te hoge suikerspiegel) vastgesteld?

.....

Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn voor?

.....

Zweet u veel? Zo ja wanneer precies (behalve die onder normale omstandigheden), zoals 's nachts enz.?

.....

Vermoedt u bij uzelf een voedsel allergie?

.....

Heeft u weleens tropische landen bezocht? Zo ja, was met óf zonder vaccinaties ervoor?

.....

Leeft u (werk over dag & thuis adres) in een schone leefomgeving, of woont/werkt u in een omgeving met veel milieuverontreiniging?

.....

Ervaart u veel stress? Zo ja, ook zonder invloed van buitenaf? (dus maakt u zich druk over dingen die nog niet gebeurd zijn?)

.....

Is uw werk- en leefomgeving lawaaierig of rustig?

.....

Heeft u huidklachten, met of zonder invloed van de zon?

.....

.....

(vragen voor vrouwen) Bent u in de overgang? J/N (doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is)

Zo ja, hoe lang al?

.....

Heeft u vroeger problemen met de menstruatie?

.....

Zijn uw klachten periode-afhankelijk? (afhankelijk van het weer, de menstruatie of anders. Beschrijf fit in het kort a.u.b.

.....

.....

.....

Vragen met betrekking tot uw huidige conditie:

Beschikt u over voldoende energie?

.....

Hoe goed is uw weerstand (verkoudheid, griep enz.)?

.....

Sport u dagelijks of wekelijks? J/N (doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is)

Zo ja, hoe vaak, hoe lang en welke sport?

.....

Heeft u last van pijn? J/N (doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is)

Zo ja wat voor soort pijn, waar, en hoe sterk is de pijn?

.....

.....

.....

Heeft u darm/spijvertering problemen? J/N (*doorstrepen a.u.b. wat niet van toepassing is*)
Zo ja, hoe lang al, en is dit als gevolg van een of andere ziekte die u nu heeft, of ooit heeft gehad?

.....
.....
.....

Hoe is uw stoelgang in het algemeen wat betreft kleur, geur en samenstelling (slijm, schuim, onverteerde resten, bloed enz.)?

.....
.....

Is uw lichaamsgewicht stabiel of schommelt het?

.....

Is uw bloeddruk te hoog, te laag, of wisselend?

.....
.....

Heeft u problemen met slapen? Zo ja, wat denkt u de oorzaak te zijn? Zo niet, doomt (R.E.M.) u wel?

.....
.....

Valt u snel in slaap?

.....

Wordt u vaker wakker 's nachts? Zo ja, heeft dit een lichamelijke oorzaak (plassen enz.), of een psychische (stress enz.) oorzaak?

.....
.....

Komt u 's ochtends gemakkelijk en goed uitgerust uit uw bed?

.....

Heeft u slecht humeur 's ochtends?

.....

Slaapt u op een matras met (metalen)pocketveren of zonder metaal erin?

.....

Heeft u problemen met bewegen (lopen, staan, buigen, liggen, werken)?
Zo ja, een korte toelichting a.u.b.

.....

.....

.....

Gewenst doel:

Behalve het voornaamste doel van ons bedrijf (verjonging), welke extra problemen wilt u met deze behandeling oplossen (diabetes, afvallen, betere conditie, verbeterde slaap enz.)?

.....

.....

.....

.....

Hoeveel tijd wilt u hiervoor uittrekken en hoeveel sessies per week wilt u graag?

.....

Ruimte voor extra/speciale wensen, vrij in te vullen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WWW.VERJONGINGSCENTRUM.NL

Dit formulier is op deze **Contact** pagina toegevoegd in 2 versies: PDF en Word. U kunt zelf uw voorkeur versie kiezen/downloaden, en dan kunt u het thuis digitaal invullen, en dan die naar ons mailen.

Ons adres is: info@verjongingscentrum.nl

Andere manier is het formulier downloaden, thuis printen, handmatig invullen, scannen, en naar ons mailen. Desgewenst kunt u het invullen maar niet scannen (en ook niet naar ons mailen), en dan later dat persoonlijk aan ons overhandigen, tijdens het (gratis) intake gesprek bij u thuis. Deze methode houdt echter in dat we onvoorbereid (betreffend uw situatie) bij u langs komen, en het zal ook enige tijd gebruikt moeten worden om het formulier ter plekke te bestuderen, en die vervolgens met u te bespreken. Het intake gesprek duurt 1 uur.