

ANAMNESE FORMULIER

Hieronder treft u een vragenlijst bedoeld om inzicht te krijgen in uw gezondheidstoestand.

Als behandelwijze komt shiatsu voort uit de oosterse geneeskunde. Uitgangspunt daarin is dat de therapeut niet alleen kijkt naar de eigenlijke gezondheidsklacht, maar tracht een volledig beeld te krijgen van de huidige situatie van de cliënt. De behandeling vindt vervolgens plaats op basis van dat totale patroon. Om die reden is de vragenlijst vrij uitgebreid.

Privacy: dit formulier geeft uw shiatsu-therapeut een beeld van uw gezondheidstoestand. Het valt als zodanig onder het beroepsgeheim en voldoet aan de AVG. De privacyverklaring kunt u vinden op www.shiatsupraktijkselma.nl en bij ondertekening van dit formulier geeft u hiervoor akkoord..

Datum invulling formulier:

1. PERSONALIA

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

Emailadres:

Geboortedatum:

Burgerlijke staat :

Beroep:

Huisarts:

Specialist:

Andere behandelaar(s):

Verzekering :

Verzekerings.nr.:

Heeft u kinderen?

Zo ja, hoeveel en wat is de leeftijd?

2. KLACHT(EN)

Wat is/zijn uw huidige klacht(en) ?

Hoe lang heeft u er al last van?

Ziektegeschiedenis:

Heeft u wel eens een grote val gemaakt? (Auto ongeluk/hersenschudding)

Bent u momenteel onder behandeling van een arts, of van een specialist? Zo ja bij wie en waarvoor?

Is er bij u een bepaalde medische diagnose gesteld? Zo ja welke, wanneer en door wie?

Bent u onder behandeling (geweest) van een alternatief geneeskundige? Zo ja, bij wie en waar bestaat/bestond de behandeling uit?)

Hebt u op dit moment pijn?

Zo ja, wat voor pijn?

Hoe verlicht u deze pijn?

Welk cijfer zou u geven aan de pijn?

Op welk tijdstip van de dag heeft u het meeste last?

Wat verwacht u van de behandeling?

Hoe karakteriseert u zichzelf

3. ALGEHELE GEZONDHEIDSTOESTAND

Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

Zo ja, welke?

Gebruikt u bepaalde vitamines, kruiden, homeopathische middelen of andere alternatieve preparaten Zo ja, welke?

Heeft u vaak last van koude handen en voeten?

Hoe is in het algemeen uw stoelgang?

Hebt u last van (een) bepaalde allergie(ën)?

Zo ja, welke?

Heeft u op dit moment last van stress of andere emotionele omstandigheden?

Toelichting:

4. LEEFSTIJL

Hoeveel water drinkt u op een dag?

Drinkt u vaak koffie?

Zo ja, hoeveel koppen per dag?

Drinkt/eet u vaak melkprodukten

Zo ja, hoeveel per dag?

Gebruikt u alcoholische consumpties?

Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag?

Rookt u?

Doet u aan lichaamsbeweging?

Zo, ja wat doet u

Wat doet u voor ontspanning?

5. VRAGEN VOOR VROUWEN

Bent u op dit moment zwanger?

Gebruikt u anticonceptiemiddelen?

Zo ja, welke?

Hoe is in het algemeen uw menstruatie?

6. TOT BESLUIT

Wilt u nog iets toevoegen aan bovenstaande informatie?

Handtekening

