



INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE CLIËNT

Naam

Geboortedatum

Geslacht

Telefoonnummer thuis

Mobiel nummer

Telefoon werk

Adres

Postcode

Woonplaats

Email adres

Beroep

HOOFDKLACHT:

SYMPTOMEN:

WANNEER ZIJN DE KLACHTEN ONTSTAAN?

Geef a.u.b. een beeld over een langere tijd.

WANNEER ZIJN DE KLACHTEN HET HEVIGST?

(bijv. tijdstip, seizoen, na bepaald voedsel, bepaalde activiteit, etc.)

WANNEER ZIJN DE KLACHTEN HET MINST?

WELKE BELANGRIJKE ZIEKTES/AANDOENINGEN HEEFT U IN HET VERLEDEN GEHAD?

HEEFT U OPERATIES ONDERGAAN? ZO JA, WAT VOOR OPERATIES?

HEEFT U EEN BEPAALD VOEDSELPATROON?

(dieet, vegetarisch, fastfood, intoleranties, etc.)

HOE IS UW ONTLASTING? (*frequentie, consistentie, kleur, geur*)

GEBRUIKT U OF HEEFT U OOIT GEBRUIKT:

- a. Pijnstillende middelen ja/nee *Welke?*
- b. Antibiotica ja/nee
- c. Anti-depressiva ja/nee
- d. Cortison/prednison ja/nee
- e. Beta-blockers ja/nee
- f. Laxeermiddelen ja/nee
- g. Diuretica ja/nee
- h. Maagzuurremmers ja/nee
- i. De pil (anticonceptie) ja/nee *Welke?*
- j. Spiraal of ander anticonceptie ja/nee *Welke?*
- k. Overige?

BENT U INGEËNT MET EEN VAN DE VOLGENDE VACCINS

- a. DKTP
- b. BMR
- c. Gele koorts
- d. Cholera
- e. Malaria
- f. Hepatitis
- g. Meningococcon
- h. Pokken
- i. Griepvriek
- j. HPV (baarmoederhalskanker)
- k. Mexicaanse griep
- g. Enig ander vaccin in relatie tot uw beroep of reisbestemmingen?

BEOEFENT U EEN SPORT EN ZO JA, WELKE SPORT EN HOE VAAK IN DE WEEK?

Ruimte voor overige en/of aanvullende informatie:

Deze lijst is strict persoonlijk en vertrouwelijk, en zal ook als zodanig worden behandeld.

