

HOLISTISCHE GEZONDHEIDSTHERAPIE

INTAKE- EN ANAMNESE FORMULIER

Graag achter de vraag de gegevens typen, en het bestand uiterlijk 3 dagen voor uw eerste consult naar mij terugmailen als onveranderbaar pdf liefst. Of de handtekening kan gezet in het consult. Dan gaarne handmatig invullen en aangetekend posten. Dank u wel.

1. Achternaam en voornaam ouder:
2. Voorletters en voornaam kind:
3. Adres + postcode:
5. Email ouder: Telefoon vast: Mobiel:
6. Beroep ouder:
7. BSN kind (alleen indien verzekerd voor alternatieve zorg, i.v.m. factuur):
8. Geboortedatum kind:
9. Lengte en gewicht kind:
10. Ouder is Gehuwd Samenwonend Gescheiden LAT Alleenstaand
 Er is een 2^e opvoeder in het gezin anders dan de eigen vader en moeder.
11. Thuiswonende broers/zussen, indien ja, welke leeftijd?
12. Hoofdklacht(en): Sedert wanneer? Reden/oorzaak (indien bekend)
13. Naam en woonplaats hiervoor geraadpleegde huisarts / specialist:
14. Naam en woonplaats hiervoor geraadpleegde hulpverlener(s):
15. Heeft uw kind een ernstige ziekten gehad, of zijn er operaties geweest? Indien ja, wanneer en waaraan?
16. Is er ooit een röntgenfoto, ECG, MRI scan of echo gemaakt? Indien ja, wanneer en waarom?
17. Gebruikt uw kind medicijnen? Indien ja, waarvoor, welke en hoeveel en sinds wanneer?
18. Gebruikt uw kind op dit moment supplementen ter ondersteuning van de gezondheid? (vitaminen, kruiden, andere remedies)
19. Is er een aangepast voedingspatroon?
Is er sterke behoefte aan zout, zoet, zuur of scherp eten?

HOLISTISCHE GEZONDHEIDSTHERAPIE

INTAKE- EN ANAMNESE FORMULIER

20. Is er een afwijkend slaappatroon? Wordt uw kind 's morgens wakker gemaakt, of wordt het zelf wakker?

21. Wordt er in huis gerookt?

22. Zijn er gezinsleden met alcohol- of drugsverslaving of chronische ziekten?

23. Indien van toepassing: hoelang duurt de menstruatie en hoe vaak komt deze?

24. Is er naschoolse opvang, of huiswerkbegeleiding, zo ja, welke dagen?

Gaat uw kind na schooltijd naar lessen of clubs? Indien ja, welke en hoe vaak?

25. Is er sprake van veel schelden bij uw kind? Grof taalgebruik? Hautaine houding of brutaal gedrag? Of een andere vorm van wanstaltig gedrag zoals schoppen en slaan of kleineren van andere kinderen of ouders?

26. Heeft uw kind last (gehad) van

- spanningen, verdriet, agressie in gezin/school, sinds wanneer/tot wanneer?
- gedragsproblemen, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
- leerproblemen, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
- eetproblemen, zo ja, sinds wanneer/tot wanneer?
- complicaties bij of vlak na de bevalling?

27. Volgt uw kind het normale inentingsprogramma? Zijn er op korte termijn inenting te verwachten?

28. Bent u religieus praktiserend? Zo ja, welke geloofsovertuiging?

29. Wat verwacht u van deze therapie voor uw kind?

Wie heeft u verwezen?

Datum:

Naam ouder:

Handtekening ouder: