# **Orthomoleculaire anamnese**

\*: doorhalen wat niet van toepassing is.

## Persoonsgegevens

naam:

adres:

postcode: woonplaats:

tel.nr.:

e-mail:

geboortedatum: man / vrouw\*

beroep:

naam huisarts:

tel.nr. huisarts:

zorgverzekeraar: aanvullend verzekerd: J / N\*

**Welke symptomen of klachten heeft u op dit moment en hoe lang bestaan deze al?**

**Hoe uiten deze zich?**

**Wat vindt u zelf de belangrijkste klachten?**

## Vragen met betrekking tot de privé-leefsituatie:

* Gewicht:
* Lengte:
* Vindt u zichzelf stressgevoelig? Ja / nee\*  
  Zo ja, heeft u dit altijd al in meer of mindere mate gehad of is dit iets dat eigenlijk niet bij u hoort?
* Heeft u zorgen en/of angsten omtrent het een of ander? Ja / nee\*

Zo ja, waarvoor?  
Op welke momenten heeft u deze angsten en/of zorgen?  
Vanaf wanneer heeft u dit?

* Rookt u? Ja / nee\*  
  Zo ja, wat rookt u, hoe lang doet u dat al en hoeveel rookt u per dag?
* Gebruikt u medicijnen? Ja / nee\*  
  Zo ja, welke, hoeveel, hoe vaak en hoe lang al?
* Gebruikt u pijnstillers? Ja / nee\*  
  Zo ja, welke, hoeveel, hoe vaak en hoe lang al?

* Gebruikt u voedingssupplementen? Ja / nee\*  
  Zo ja, welke, hoeveel, hoe vaak en hoe lang al?
* Wat zijn uw hobby’s?
* Hoe besteedt u uw vrije tijd?
* Doe u aan sport / beweging ? Ja / nee\*Zo ja, welke sport en hoeveel uur per week?
* Zit u graag in de zon?

**Vragen met betrekking tot de voedingsgewoonten:**

* Eet u in het algemeen: zeer veel / veel / matig / weinig\*?
* Naar wat voor eten gaat uw voorkeur uit?
* Wat eet u zeer regelmatig?
* Waarmee belegt u uw brood?
* Hoeveel boterhammen eet u per dag?
* Eet u iedere dag rauwkost? Met saus?
* Wat voor soort vlees consumeert u gewoonlijk?
* Eet u regelmatig vette vis (bv makreel, haring, zalm)?  
  Zo ja, welke en hoe vaak per week?
* Eet u regelmatig (ongebrande) noten en zaden?
* Welke oliën gebruikt u voor aanmaak van de rauwkost (sla e.a.)?
* Welke oliën gebruikt u voor bakken en braden?
* Heeft u vaak een extreme hang naar zoetigheid, chocolade, brood of alcohol (precies aangeven)?
* Heeft u een sterke drang naar zoet/zout/bitter/vet voedsel?
* Kunt u gemakkelijk een maaltijd overslaan?
* Heeft u regelmatig vreetbuien?
* Drinkt u koffie? Ja / nee\*  
  Zo ja, hoeveel kopjes drinkt u gemiddeld per dag?  
    
  Zo nee, drinkt u koffie-vervangers? Ja / nee\*  
  Zo ja, welke?
* Heeft u na een maaltijd vaak last van een opgeblazen gevoel? Ja / nee\*  
  Zo ja, na het eten van welke voeding heeft u dit vooral?
* Welke zuivelproducten gebruikt u en hoe vaak?
* Wat gebruikt u om op het brood te smeren: roomboter / dieetmargarine (reform) / Becel / gewone margarine\*?
* Gebruikt u alcoholische dranken? Ja / nee\*  
  Zo ja, welke en hoeveel per dag?
* Hoeveel water drinkt u per dag (excl. andere dranken als thee, koffie, fris, etc)?
* Heeft u wel eens een dieet gevolgd? Ja / nee\*  
  Zo ja, welk dieet en waarvoor?

**Vragen met betrekking tot de werksituatie (ook als student):**

* Vindt u dat uw beroepsuitoefening gepaard gaat met veel stress? Ja / nee\*  
  Zo ja, waarom en in hoeverre heeft u hier last van?
* Wordt er in uw arbeidsomgeving gewerkt met lichaamsvreemde stoffen? Ja / nee\*  
  Zo ja, wat voor stoffen zijn dat (zware metalen, lijm, verf, anorganisch chemische grondstoffen enz.)

**Vragen met betrekking tot het gezondheidsverleden:**

* Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt?
* Heeft u ooit de ziekte van Pfeiffer gehad?
* Hoe was uw conditie door de jaren heen?
* Heeft u operaties ondergaan? Ja / nee\*  
  Zo ja, van welke en wanneer waren deze?
* Welke diagnostische onderzoeken heeft u in de loop der jaren ondergaan?

Wat was de uitslag hiervan?

* Zijn vaak röntgenfoto's genomen? Ja / nee\*  
  Zo ja, van welke lichaamsdelen?
* Bevatten uw kiezen vullingen? Ja / nee\*  
  Zo ja, welke? (amalgaam / composiet\*)
* Heeft u wel eens last gehad van bloedarmoede? Ja / nee\*  
  Zo ja, was dit spontaan, in de jeugd, of na een ziekte of bij zwangerschap?
* Is ooit wel eens hypoglykemie (te lage suikerspiegel) vastgesteld?
* Heeft u ooit last gehad van voedselallergieën?
* Vermoedt u bij uzelf een voedselallergie?
* Heeft u last van eczeem of huiduitslag?
* Zijn er periodes geweest dat u vaak verkouden of grieperig was?
* Heeft u ooit een acute virale infectie doorgemaakt waarvan u nooit helemaal goed bent hersteld?
* Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn voor?

**Vragen met betrekking tot het immuunsysteem:**

* Heeft u vaak last van een loopneus?
* Bent u aan het begin van de winter vaak verkouden?
* Hoest u vaak slijm op?
* Heeft u regelmatig last van infecties (oor-, neus-, huid-, long- etc.). Ja / nee\*  
  Zo ja, welke ?
* Bent u bevattelijk voor griep of verkoudheden?
* Als u ’nooit’ ziek bent, hoe lang is het geleden dat u de griep heeft gehad? hoe vaak heeft u griep (1 x per jaar, 1 x in de 2, 3, 4, 5 jaar)?
* Bij volwassene: heeft u last van acné?

**Vragen voor vrouwen:**

* Bent u zwanger geweest? Ja / nee\*  
  Zo ja, deden zich bij de zwangerschap(pen) en/of bevalling(en) complicaties voor?
* Heeft u ooit de (anticonceptie)pil gebruikt? Ja / nee\*  
  Zo ja:  
  Welke en hoe lang gebruikt u deze al?  
  Gebruikt u deze nog steeds? Ja / nee\*  
  Als u bent gestopt, wat is daar dan de reden van?
* Verloopt de menstruele cyclus normaal? Ja / nee\*  
  Zo nee, welke problemen doen zich voor?
* Bent u in de overgang? Ja / nee\*  
  Zo ja, hoe lang al?  
  Heeft u vroeger problemen gehad met de menstruatie?

**Algemene vragen met betrekking tot de huidige conditie:**

* Zijn uw klachten periode-afhankelijk? (afhankelijk van het weer, de menstruatie of anders. Beschrijf dit kort)
* Beschikt u over voldoende energie?
* Heeft u last van pijn? Ja / nee\*  
  Zo ja, wat voor soort pijn?  
  Waar zit de pijn (locatie)?
* Heeft u veel last van gasvorming in het maagdarmkanaal?
* Hoe is uw stoelgang ten aanzien van:  
  de kleur  
  de geur  
  samenstelling (slijm, schuim, onverteerde resten, bloed etc.)
* Hoe vaak heeft u stoelgang? …….. per dag / …….. per week
* Is uw lichaamsgewicht stabiel?
* Is uw bloeddruk te hoog, te laag of wisselend?
* Bent u allergisch of gevoelig voor bepaalde soorten voedsel?
* Heeft u last van jeuk? Ja / nee\*  
  Zo ja, waar?
* Bent u meer dan normaal vergeetachtig? Ja / nee\*  
  Zo ja, voor getallen en/of voor namen?
* Heeft u problemen met slapen? Ja / nee\*  
  Zo ja, is dat dan m.n. met in slaap vallen, doorslapen en/of wakker worden?
* Kunt zich uw dromen herinneren?
* Komt u 's ochtends gemakkelijk en uitgerust uit uw bed?
* Heeft u gauw last van blauwe plekken bij stoten e.d.?
* Heeft u vaak last van koude handen en/of voeten?
* Heeft u vaak last van bloedend tandvlees of blaasjes in mond?
* Herstelt u voldoende snel na een griepje of iets dergelijks?
* Geneest u voldoende snel van wondjes e.d.?
* Heeft u last van overmatige transpiratie?
* Heeft u problemen met bewegen (lopen, staan, zitten, liggen en/of werken)?

**Overige vragen:**

* Heeft u moeite met het slikken van capsules, tabletten e.d.?
* Hoe bent u bij onze praktijk terecht gekomen?