



## ANAMNESE kind

De Veenpluis  
Praktijk voor Energetische Therapie

Anny Thissen  
Veenpluis 6  
5975 TN Sevenum  
tel: 06-53512554  
e-mail: [info@deveenpluis.nl](mailto:info@deveenpluis.nl)

Naam+Voorn.: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode/plaats \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
Email ouders: \_\_\_\_\_

Lengte: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_  
Hobbies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wat is uw voornaamste klacht?

---

---

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

---

---

Is er een regelmaat of een patroon?

---

---

Is er sprake van erfelijkheid t.a.v de klacht?

---

---

Hoe is de zwangerschap en bevalling verlopen van uw kind?

---

---

---

---

Hoe is het slaapgedrag? Inslapen, doorslapen, 's-morgens fit wakker, licht of vast slapen?

---

---

Darmfunctie: elke dag ontlasting? Veel wind? Stank? Wisselend van diaree naar vast?

---

---

Is het kind gevaccineerd? Hoe was de reactie hierna?

---

Waar is het kind goed in?

---

---

Wat ervaart het kind als moeilijk?

---

---

Hoe verloopt het leerproces op school?

---

---

---

---

Zijn er verder nog relevante symptomen c.q gegevens die u vermeldt wilt hebben?

---

---

---

---

---

---

Leeftijd      Ziekte / ontwikkeling van 0 tot nu

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---