



ANAMNESE Volwassene Praktijk voor Energetische Therapie

De Veenpluis

Anny Thissen

Veenpluis 6

5975 TN Sevenum

tel: 06-53512554

e-mail: info@deveenpluis.nl

Voor + Achternaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres _____

Postcode/plaats _____

Telefoon: _____

Email -adres: _____

Datum: _____

Partner: _____

Kinderen: _____

Hobbies: _____

Wat is uw voornaamste klacht?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?

Is er sprake van erfelijkheid ten aanzien van de klacht?

Welke zijn de bijkomende klachten nu?

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

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

Algemene ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, amandelen, pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. de kinderziekten die u hebt gehad.
3. eventuele zwangerschap en het verloop daarvan.
belangrijke periodes in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (chtscheiding, overspannen zijn, depressies e.d.).
5. Anticonceptie gebruik. Bijwerkingen gehad?

Leeftijd Ziekte / klacht / zwangerschap / ontwikkeling

Wat zijn uw sterke kanten in uw persoonlijkheid?

Zijn er verder voor u nog relevante symptomen / gegevens die u vermeldt wilt hebben?

Wilt u op deze pagina aankruisen wat voor u van toepassing is. De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij dubbele beschrijving eventueel doorhalen wat niet van toepassing is.

ALGEMEEN

- hoofdpijn; dagelijks /wekelijks /
 maandelijks
 slapeloosheid
 gewichtsverandering
 duizeligheid
 vermoeidheid
 dubbel / vaag zien
 allergie : _____

LUCTHWEGEN / K.N.O.

- ademnood
 chronisch hoesten
 astma
 keelpijn / ontstekingen
 neusbijholte ontsteking
 oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- hoge / lage bloeddruk
 opgezette klieren
 aderverkalking
 onregelmatige hartslag
 pijn / beklemming borst
 hartkloppingen
 koude handen / voeten
 spataders
 gezwollen enkels
 vocht vasthouden

URINEWEGEN

- nierinfectie / nierstenen
 pijn bij het plassen
 prostaatklachten
 blaasontsteking
 geslachtsziekte
 verandering urine
 verandering libido

VROUW Zwanger Ja / Nee

- Leeftijd 1ste menstruatie: _____
 pijnlijke menstruatie
 onregelmatige menstruatie
 langdurige menstruatie
 pijnlijke borsten
 premenstrueel syndroom
 witte vloed
 Anticonceptie middel
 Sinds Wanneer: _____

MAAG / DARMEN

- darmontsteking
 verstopping
 diaree
 opgezette buik
 misselijkheid
 winderigheid
 buikpijn / krampen
 buikborrelen
 maagzuur
 bloedingen
 darmkanker familiair
 overig: _____

SPIEREN / GEWRICHTEN

- lage rugpijn
 nekpijn
 tintelingen / uitstraling
 gewrichtspijnen
 spierpijnen / krampen
 bewegingsbeperking
 reuma

HUID

- eczeem / uitslag
 snel blauwe plekken
 droge huid
 jeuk
 brekende nagels
 haaruitval
 transpiratie

GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
 depressies
 overbezorgdheid
 concentratiezwakte
 geheugenvermindering
 angst
 veel piekeren
 lusteloosheid
 opkroppen
 weinig zelfvertrouwen
 verdriet, droefheid
 besluiteloosheid
 geïrriteerdheid
 opvliegers
 overig: _____