

BELANGRIJK: Dit formulier graag voor het consult retourneren per mail: info@dietistenpraktijk.eu.

Naam: M/V
Geboortedatum: leeftijd:
Adres: Pc+Plaats:
Tel privé: mobiel:
BSN-nummer:
e-mail:
Verzekering: polisnummer:

Paspoort/ID/rijbewijsnummer:

Huisarts:

Adres huisarts:

Gewicht: lengte:

Bent u momenteel onder behandeling bij arts of therapeut? Ja/nee

Zo ja, wie en waarvoor?

Heeft u onlangs nog bloedonderzoek gehad? Wat werd er gemeten en weet u de uitslag? Graag hieronder vermelden:

Algemene vragen:

Gezinssamenstelling:

Beroep:

Hobby's:

Ziektes:

Gebruikt U medicijnen en/of voedingssupplementen? Ja/nee

Zo ja, welke? Waarvoor?

Medicijn/voedingssupplement	Dagdosering	Voor

Doet u, naast uw dagelijkse lichamelijke arbeid, aan extra beweging? ja/nee

Zo ja, wat, hoe lang en hoe vaak?

Beweging	Tijdsduur X per week

Rookt u? ja/nee

Klachten

Wat is uw hoofdklacht?

Wanneer is deze klacht begonnen?

Heeft u verder nog klachten?

Streep bij onderstaande aspecten door wat bij u **niet** van toepassing is:

ONTLASTING:

- Geur ontlasting: zurig / rotte eierenlucht / anders nl
- Kleur ontlasting: zwart / okergeel / groen / lichtbruin/ bruin / anders nl
- Plakkerige ontlasting (laat strepen na in de wc): ja/nee
- Vorm ontlasting: waterdun / gistend / brijachtig / hard /keutelachtig
- Ontlasting met: niets / slijmpropfen / helder bloed / bloed

Kruis bij onderstaande klachten aan welke voor u gelden:

0 Pijnlijke buik 1/2 á 1 uur na het eten (duurt 3-4 uur)

0 Winderigheid en/of opgeblazen gevoel

0 Slechte vertering van fruit of groenten

0 Onverteerde resten in ontlasting

0 Verstopping

0 Diarree

0 Frequent water dunne ontlasting

Voelt u zich regelmatig moe? Ja/nee

Heeft u klachten na het eten van bepaalde voedingsmiddelen?

Zo ja, welke voedingsmiddelen zijn dit?

Geef a.u.b. ook aan hoe lang na het eten van het voedingsmiddel de klachten ontstaan

Voedingsmiddel	Klacht ontstaat na

Bent u overgevoelig/allergisch voor iets?

(voedingsmiddel, schoonmaakmiddelen dieren, pollen, etc.)

Zo ja, waarvoor?

Is uw galblaas verwijderd? Ja/nee

Heeft u last van zuurbranden? Ja/nee

Hebben er operaties plaatsgevonden aan uw maag/darmkanaal? Ja/nee

Zo ja, welke?

Kruis bij onderstaande klachten aan welke voor u gelden:

behoefte aan slaap, weinig interesse in het hier en nu

prikkelbaar

hormonale klachten

moe wakker worden

infectie gevoelig (regelmatig verkouden)

spierpijn

stemmingswisselingen, terneergeslagenheid

perfectionisme

toegenomen lichaamsgewicht

hoofdpijn/migraine klachten

darmproblemen

Heeft u nog opmerkingen?