

Anamnese Formulier Yoga Therapie

Datum invulling formulier:

PERSONALIA

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Geboortedatum:

Samenlevingsvorm:

Heeft u kinderen?

Zo ja, hoeveel kinderen?

Wat voor werk doet u?

Hoeveel uur per week werkt u?

KLACHT(EN)

Wat is/zijn uw huidige klacht(en) ?

Hoe lang heeft u daar last van?

Heeft er iets invloed op de klachten (weer, voeding, stress)?

Bent u voor deze klacht(en) onder behandeling van een arts?

Huisarts:

Specialist:

Zo ja, welk specialisme:

Wat is de diagnose van uw klacht (indien bekend)?

Gebruikt u medicatie?

Zo ja, welke?

Als u een cijfer moet geven aan de hoeveelheid pijn die u op dit moment ervaart, wat is dan het cijfer voor de pijnbeleving? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Hoe zou u de pijn omschrijven?

Wat doet u om de pijn te verlichten?

Wanneer verergert de pijn?

Wat is de aanleiding voor- of oorzaak van de klacht?

Kunt u iets zeggen over het verloop van de klacht?

Wat zijn de omstandigheden waaronder de pijn/klacht op speelt?

ALGEGELE GEZONDHEIDSTOESTAND

Als u zichzelf een cijfer moet geven voor uw gezondheidstoestand **op dit moment**, welke waardering geeft u hier dan aan?

1 = slecht 2 = matig 3 = gemiddeld 4 = goed 5 = zeer goed

Hoeveel uur slaap hebt u nodig per nacht?

Hoe laat staat u meestal op?

Hoe laat gaat u meestal naar bed?

Kunt u goed inslapen?

Kunt u goed doorslapen?

Als u 's morgens wakker wordt, voelt u zich dan uitgerust?

Krijgt u per week voldoende lichaamsbeweging? Ja/nee

Doet u aan sport? Ja/nee

Zo, ja welke sport(en)?

VRAAG VOOR VROUWEN

Bent u op dit moment zwanger? Ja/nee

TOT BESLUIT

Wilt u nog iets toevoegen aan bovenstaande informatie?

