

# ANAMNESE FORMULIER VOOR VERBONDEN ADEM

Datum invulling formulier:

## PERSONALIA

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Geboortedatum:

Samenlevingsvorm:

Wat voor werk doet u?

Hoeveel uur per week werkt u?

## ALGEGELE GEZONDHEID

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?

Heeft u in het algemeen genoeg energie?

Zijn er bepaalde momenten van de dag dat u veel energie hebt?

Zijn er bepaalde momenten van de dag dat u juist erg moe bent?

Heeft u vaak last van hoofdpijn?

Wat is/zijn uw huidige klacht(en) ?

Hoe lang heeft u daar last van?

Heeft er iets invloed op de klachten?

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

Psycholoog:

Huisarts:

Specialist: Zo ja, welk specialisme:

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

Hebt u op dit moment pijn?

Zo ja, wat voor pijn?

Hoe verlicht u deze pijn?

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

## ADEMHALING

Heeft u problemen met de ademhaling?

Hoe zou u u eigen ademhalingspatroon omschrijven?

Heeft u ervaring met ademhalingstechnieken?

## BEPALENDE GEBEURTENISSEN IN UW LEVEN

Waren er complicaties tijdens uw geboorte?

Zijn er belangrijke gebeurtenissen vanaf de conceptie t/m ongeveer uw derde levensjaar?

Heeft/Had u een kinderwens?

Heeft u kinderen? Zo ja, hoeveel kinderen heeft u?

## VOOR VROUWEN:

Indien u kinderen heeft:

Hoe heeft u de zwangerschap ervaren?

Hoe ging de geboorte van uw kind(eren)?

DOEL

Intentie traject (wat wilt u bereiken)

TOT BESLUIT

Wilt u nog iets toevoegen aan bovenstaande informatie?