

## ANAMNESE FORMULIER VOOR SHIATSU BEHANDELINGEN

*Hieronder treft u een vragenlijst bedoeld om inzicht te krijgen in uw gezondheidstoestand. Als behandelwijze komt shiatsu voort uit de Oosterse geneeskunde. Uitgangspunt daarin is dat de therapeut niet alleen kijkt naar de eigenlijke gezondheidsklacht, maar tracht een volledig beeld te krijgen van de huidige situatie van de cliënt. De behandeling vindt vervolgens plaats op basis van dat totale patroon. Om die reden is de vragenlijst vrij uitgebreid.*

**Privacy:** dit formulier geeft uw shiatsu therapeut een beeld van uw gezondheidstoestand. Het valt als zodanig onder het beroepsgeheim. Zonder uw uitdrukkelijke toestemming zullen geen gegevens worden doorgegeven aan derden.

*Suggestie voor de invulling van het formulier: denk niet te diep na, maar geef het antwoord dat het eerst bij u opkomt!*

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 westerse diagnose van uw klacht (indien bekend)?

Heeft u op dit moment pijn?

Zo ja, wat voor pijn?

Hoe verlicht u deze pijn?

#### 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

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

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?

Wat is in het algemeen uw temperatuur?

Heeft u vaak last van koude handen?

Heeft u vaak last van koude voeten?

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?

Zo ja, hangt deze hoofdpijn samen met andere factoren, bijvoorbeeld

Voeding

Menstruatie

Spanning

Moeheid

Seizoen

anderszins

Hoeveel drinkt u op een dag?

Hoe vaak plast u op een dag?      1X    2x    3x    4x    5x

Welke kleur heeft uw urine in het algemeen?

Hoe is in het algemeen uw stoelgang?      Slecht                  Normaal                  Goed

Hoe vaak per dag gaat u hiervoor naar het toilet?

Heeft u vaak last van constipatie?

Heeft u vaak last van diarree?

Heeft u bepaalde gewrichtsklachten?

Zo ja, in welk(e) gewricht(en)?

Komen er in uw familie bepaalde ziektes voor?

Zo ja, welke ziekte(s)?

Hebt u last van (een) bepaalde allergie(ën)?

Zo ja, welke allergie(ën)

Welke waardering geeft u aan

Uw gehoor	1	2	3	4	5
Uw gezichtsvermogen	1	2	3	4	5
Uw reukvermogen	1	2	3	4	5
Uw smaakvermogen	1	2	3	4	5

(Nb: 1 = slecht, 2 = matig, 3 = gemiddeld, 4 = goed, 5 = zeer goed)

Transpireert u in het algemeen vaak?

Zo ja, kunt u aangeven waar?

En op welke momenten?

Hoe is uw stemming op dit moment?

Stemmingswisselingen?

Neerslachtigheid?

Heeft u op dit moment last van stress of andere emotionele omstandigheden?

Zo ja, geef svp een nadere aanduiding:

Wanneer u zich niet lekker voelt, welke emotie overheerst dan meestal?

Boosheid / frustratie

Onrust / nervositeit

Piekeren

Verdriet

Angst

Anders, namelijk:

Heeft u op dit moment last van een van de volgende klachten

Hoge bloeddruk Ja/nee

Spataderen Ja/nee

Tanden / bloedend tandvlees Ja/nee

Duizeligheid Ja/nee

Hartkloppingen Ja/nee

Hooikoorts Ja/nee

Maagpijn Ja/nee

LEEFSTIJL

Heeft u in het algemeen een goede eetlust? Ja/nee  
Hoe vaak eet u op een dag (drie keer per dag, of eerder kleine hapjes door de hele dag heen)?

Vindt u zichzelf te zwaar? Ja/nee

Drinkt u vaak koffie? Ja/nee  
Zo ja, hoeveel koppen per dag?

Drinkt u vaak thee? Ja/nee  
Zo ja, hoeveel koppen per dag?

Gebruikt u alcoholische consumpties? Ja/nee  
Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag?

Rookt u? Ja/nee  
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?

Gebruikt u verdovende middelen? Ja/nee  
Zo ja, welke middelen?  
Hoeveel gemiddeld per week?

Krijgt u per week voldoende lichaamsbeweging? Ja/nee  
Doet u aan sport? Ja/nee  
Zo, ja welke sport(en)?

#### PERSOONLIJKE VOORKEUREN

Wat zijn uw hobby's?

Wat is uw lievelingskleur?

Welke smaak vindt u het lekkerst (zoet, zout, zuur, pittig, heet)?

## VRAGEN VOOR VROUWEN

Bent u op dit moment zwanger? Ja/nee

Gebruikt u anticonceptiemiddelen? Ja/nee

Zo ja, welke?

Hoe is in het algemeen uw menstruatie, indien van toepassing?

Regelmatig/onregelmatig

Pijn bij de menstruatie Veel / normaal / weinig

Bloedverlies? Veel / normaal / weinig

Hoe zijn in het algemeen uw zwangerschappen verlopen, indien van toepassing?

## TOT BESLUIT

Wilt u nog iets toevoegen aan bovenstaande informatie?