

1. Algemene gegevens

(Alles invullen a.u.b.!)

Naam

Vornaam

Straat

Postcode

Woonplaats

Tel.-Nr.

E-Mail

Geboortedatum

Ik ben standaard aanvullend verzekerd

Mijn beroep

Hobby's

Lichaamslengte

Gewicht

Heeft u sterke gewichtsschommelingen ja

Ik kom snel aan! ongeacht het eten ja

Ik ben heel snel aan het afvallen ja

Gezinssamenstelling

Alleenstaand

Vaste partner

Gehuwd

apart wonend

eigen kinderen hoeveel

aangenomen kinderen hoeveel

Leeftijd van de kinderen in aflopende volgorde en welk geslacht hebben de kinderen?

Wonen de kinderen bij u thuis? ja

Opmerkingen over je eigen:

geboorte normaal

met complicaties

Heeft u broers en zussen en zo ja, hoeveel? ja

Als hoeveelste zit jij in de lijn van broers en zussen?

Heb je huisdieren? Zo ja, welke en hoeveel?

Woont u binnen een straal van 500 meter

bij een meer

bij een rivier

bij zee

bij een spoorlijn

bij een hoogspanningslijn

bij een groot transformatorstation

aan een drukke weg

andere speciale kenmerken

Anmerkingen des Diagnostikers des Qualitätszirkels

Geslacht

energetische Konstitution

Alter

BMI: $\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße})^2}$

2. Uw levensonderhoud

Zijn er ziekten in uw familie (inclusief ouders, grootouders) die vaak voorkomen (bijv. astma, hooikoorts, hoge bloeddruk, diabetes, kanker, enz.)?

Anmerkungen des Diagnostikers
des Qualitätszirkels

Leven uw ouders nog?

Vader ja

Moeder ja

Hebben / hadden uw ouders ernstige ziekte?

Vader:

Moeder:

Hoe is uw eetlust?

Vaak hongerig

Honger aanvallen

Goede eetlust

Vaak geen eetlust

Slechte eetlust

Zijn er dingen in het eten

- die u niet verdraagt?

- die u moet vermijden?

- waarvan u weet of vermoedt dat u er allergisch voor bent?

Bent u op de hoogte van allergieën of intoleranties? ja

Zo ja, waarvoor?

Verwarmt / kookt u met een magnetron

nee af en toe vaak

Zijn er dingen in het eten die je bijzonder lekker vindt, die je het liefst eet of drinkt?

Wat is uw "favoriete slecht eten" die u nauwelijks kunt weerstaan?

Welke smaak heeft uw voorkeur?

pittig

zout

zuur

bitter

zoet

Metall
Wasser
Holz
Feuer
Erde

Heeft u dagelijks stoelgang ja

goed gevormd ja

Meerdere keren per dag ja

Zo ja, hoe vaak wekelijks?

Bent u winderig? ja

Zo ja, overwegend sterk geurend

- overwegend geurloos

Hoeveel drinkt u over de hele dag?

Geef aan van welke van de volgende dranken u veel drinkt
(1 = als meest; 8 = als weinig)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Koffie | <input type="checkbox"/> |
| Sap, Limonade | <input type="checkbox"/> |
| Water met koolzuurgas | <input type="checkbox"/> |
| Kruiden thee | <input type="checkbox"/> |
| Water zonder osmose | <input type="checkbox"/> |
| omgekeerd osmose water | <input type="checkbox"/> |
| Light drankjes | <input type="checkbox"/> |
| Leidingwater | <input type="checkbox"/> |
| gezuiverd vitaliserend water | <input type="checkbox"/> |
| zwarte thee | <input type="checkbox"/> |

andere

Drinkt u alcohol? ja

Zo ja, welk drankje drink jij het liefst?
(1 = als meest; 8 = als weinig)

- | | |
|------------|--------------------------|
| Rode wijn | <input type="checkbox"/> |
| Witte wijn | <input type="checkbox"/> |
| Bier | <input type="checkbox"/> |

andere

Kunt u alcohol verdragen? goed minder goed slecht

Slaapt u goed in? ja

Slaapt u door? ja

Zo niet, welk uur wordt u wakker?

Heeft u nachtmerries? ja

Hoe laat gaat u naar bed?

Hoe laat staat u op?

Hoe voelt u zich wanneer u wakker bent?

Hoe voelt u zich als u opstaat?

Wanneer word je wakker als de wekker je niet wekt als je vrij hebt?

Welke elektrische apparaten zijn in uw slaapkamer?

Heeft u een elektrisch verstelbaar bed? ja

Heeft u een waterbed? ja

Hoelang bent u per dag aan de telefoon?

- met een mobiele telefoon ___ Minuten

- met een draadloze telefoon ___ Minuten

Hoe lang zit u dagelijks:

- achter een computer ___ Minuten

- voor de televisie ___ Minuten

Krijgt u genoeg lichaamsbeweging?

Gemiddeld genoeg

Gemiddeld niet genoeg

Sport u regelmatig? Zo ja: Welke sport? ja

Hoe vaak in de week?

Anmerkungen des Diagnostikers
des Qualitätszirkels

Rookt u? ja

Bent u gelegenheden roker? ja

Bent u een passieve roker? ja

Gebruikt u medicijnen? ja

Zo ja, welke? ja

Anmerkungen des Diagnostikers
des Qualitätszirkels

3. zelfevaluatie

Ik voel me zo fit als

zo oud als ik ben

een ouder persoon

jonger persoon

Uw concentratievermogen is

gemiddeld goed

minder goed

zeer goed

Uw motivatie iets te doen is

normaal

zwak

zeer groot

Uw prestaties

normaal

weinig

veel

Over uw levenskwaliteit bent u

tevreden

niet helemaal tevreden

zeer tevreden

Op mijn werk ben ik

tevreden

niet tevreden

zeer tevreden

Ik voel me

succesvol

zeer succesvol

niet succesvol

Normaal werk ik van _____ van _____ tot _____ uur
voor _____ dagen in de week

In uitzonderlijke gevallen van _____ tot _____ uur
Hoe vaak komt zo'n uitzonderlijke
geval voor? _____ keer wekelijks
_____ keer maandelijks

Ik leef _____ alleen
_____ in huwelijk
_____ in een weekeinde relatie
en ben daarmee _____ niet gelukkig
_____ gelukkig
_____ zeer gelukkig

Hebt u in uw leven traumatische emotionele gebeurtenissen meegemaakt?
(Wat was de belangrijkste gebeurtenis(sen) waarna u mogelijk een terugval in prestaties ervoer, waarvan u moeilijk kon herstellen?)

4. Geef ons een kort overzicht van uw anamnestiche geschiedenis

Kent u uw officiële conventionele medische diagnose?

Weet u hoe hoog uw bloeddruk is?

Zo ja, hoe hoog is die gemiddeld? / mmHg

Voelt u van lichaamsdeel tot lichaamsdeel of er iets aan de hand is.

Herinnert u zich bepaalde kinderziekten als bijzonder erg, bijzonder lang, bijzonder laat, 2 keer opgelopen? Zo ja, welke:

Welke vaccinaties heeft u gekregen en wanneer? (u kunt het beste uw vaccinatiekaart meenemen)

Zijn er vaccinaties die u slecht heeft verdragen?

Bent u ooit positief getest bij een tuberculatie? ja

In welke land buiten europa heeft u verbleven?

Wanneer?

Bent u daar ziek geweest? ja

Zo ja, welke ziekte?

Heeft u ooit malaria profylaxe genomen?? ja

Welke operaties heeft u gehad?

Zijn u amandelen of u blindedarm verwijderd?

Heeft u een zwaar ongeval gehad?

Heeft u een halswervel trauma (bijv. door een val of bij geboorte) gehad? ja

Zo ja, wanneer?

Heeft u littekens? Waarvan en waar?

Heeft u kuur- of ziekenhuisverblijven gehad?
Zo ja, wanneer? ja

Anmerkingen des Diagnostikers
des Qualitätszirkels

Bent u ooit door een teken gebeten? Zo ja, had u een
reacties? Waar? ja

<YYZhi 'cc]hYYb'ghYf_Y'fYUWjY'cd'YYb'a i [[YbghYY_'[Y\UX?
Nc ja, \UX'i 'YYb'fYU_h]Y? WUUF? ja

HYYZhi 'k Y'YYbg 8fi_'cd'\Yh\Ufh
<UfhghY_Yb
<Ufh_'cdd]b[Yb
<YYZhi 'YYb'dUW'a U_Yf?
Nc ja, g]bXg'k UbbYYf?

Hebt u ooit een longontsteking gehad of een
zware bronchitus? ja
Zo ja, wanneer?

Voelt u soms druk in de rechter bovenbuik? ja
Heeft u soms last
Opgeblazen gevoel
brandend maagzuur
Vol gevoel
Winderigheid

Heeft u een nierziekte? ja
Zo ja, wanneer?
Hoe werd het behandeld?

Heeft u een blaadaandoening gehad? ja
Zo ja, wanneer?
Hoe werd het behandeld?

Bent u gevoelig voor huidproblemen? ja
Puitsjes
Aften
Eczeem
anders

Heeft u gordelroos gehad? ja
Zo ja, wanneer: waar:

Heeft u last van koortslip? nooit zelden vaak
Bent u gevoelig voor allergie? ja
Zo ja, welke:

Heeft u een verhoogde bloedsuikerspiegel? ja
Zo ja, wat is uw bloedsuikerspiegel?

Heeft u last van oedeem? ja
Zo ja, waar:

Heeft u last van hoofdpijn? ja
Heeft u last van drukkende pijn? ja
Zo ja, op welke plek (Slaap, voorhoofd etc):

Heeft u vaak keel- of oorproblemen? ja

Bei Frauen:

- Bent u zwanger? ja
- Wanneer had u uw eerste menstruatie?
- Heeft u last van menstruatiekrampen? ja
- Zo ja, voor de menstruatie
- tijdens de menstruatie
- na de menstruatie
- Gebruikt u anti-conceptie / Wat heeft u gebruikt?
- Heb je andere zwangerschappen gehad? ja
- Zo ja, hoeveel?
- Heb je abortussen gehad? ja
- Zo ja, hoeveel?
- Heb je miskramen gehad? ja
- Zo ja, hoeveel?
- Waren er problemen tijdens de zwangerschap of de geboorte? ja
- Zo ja, welke?
- Ben je in de menopauze? ja
- Zo ja, sinds wanneer?
- Had u in het verleden menstruatiepijn? ja

Wat zijn uw voornaamste klachten?
(alsjeblieft ook sinds wanneer)

Zijn er klachten waarvoor u therapeutisch behandeld bent of wordt? Zo ja, welke: ja

Welke therapieën werden gebruikt?

- Hoe succesvol was de therapie? 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- zonder succes

Zijn er klachten waarvoor u nog geen oplossing, een aanpak heeft gevonden? Zo ja, welke: ja

Welke medicijnen, voedingssupplementen etc. gebruikt u momenteel regelmatig? (vermeld allen! ook zelfmedicatie)

Sinds wanneer?

Anmerkungen des Diagnostikers
des Qualitätszirkels

