

**Anamnese** Naam : ..... Datum : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

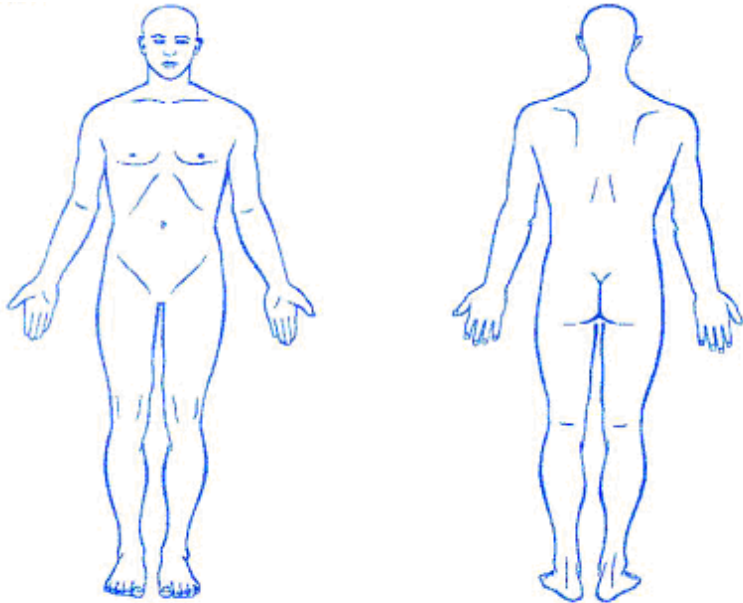
1. Wat is de reden van uw consultatie ? Wat zijn uw huidige klachten en sinds wanneer :  
.....  
.....  
.....

2. Algemene symptomen

	Rechts	Links	's Morgens	's Middags	's Avonds	's Nachts	Andere
Hoofdpijn							
Migraine							
Sinusitis							
Oorpijn							
Oorsuizen							
Ogen							
Moeheid							
Slapeloosheid							
Nekpijn							
Rugpijn							
Voetpijn							
Andere							

Geleive pijnverloop en pijnlokalisatie in het rood op de tekening aan te duiden.

Geleive litttekens van verwondingen en operaties in het blauw of zwart op de tekening aan te duiden.



3. Voormalige zware ziektes, operaties, ongevallen en verwondingen

Maand/Jaar	Whiplash*	Hoofdtrauma	Op staartbeen gevallen	Zware ziekte	Operatie

\*Vermeld alle auto ongevallen (zelfs als het zich beperkt tot materiële schade), ook als u geen whiplash had.

Maand/Jaar	Andere ongevallen of verwondingen*

\* Enkele vb: van de trap/fiets/schommel/trampoline/door ijs... gevallen, uit een boom gevallen, breuken of (zware) verstuingen van enkels/polsen/... Kortom, alle mogelijke verwondingen/littekens die u zich kan herinneren. Vergeet ook niet om telkens de data te vermelden.

Vergeet niet om de littekens aan de duiden op de figuur met blauw of zwart.

4. Uw geboorte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Natuurlijk op gang gekomen    | <input type="checkbox"/> Ingeleid         |
| <input type="checkbox"/> Normale bevalling : ..... uur | <input type="checkbox"/> Keizersnede      |
| <input type="checkbox"/> Epidurale verdoving           | <input type="checkbox"/> Zuignap          |
| <input type="checkbox"/> Stuitligging                  | <input type="checkbox"/> Tangen           |
| <input type="checkbox"/> Duwen op de buik              | <input type="checkbox"/> Te vroeg geboren |

Overige opmerkingen/complicaties : .....

.....

.....

5. Emotionele trauma's

Jaar	Scheiding	Rouw	Andere : .....
			.....
			.....
			.....

School – beroep : Goed                       Middelmatig                       Slecht

## 6. Chronische ziekten en klachten

Maand/Jaar	Tandextracties	Orthodontie	Prothese	Andere/data

<input type="checkbox"/> Amandelen(verwijderd)	<input type="checkbox"/> Allergie/intolerantie	<input type="checkbox"/> Schildklier
--	--	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Maag	<input type="checkbox"/> Darmen	<input type="checkbox"/> Gassen
<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Gal	<input type="checkbox"/> Pancreas

<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> Blaas	<input type="checkbox"/> Hart
<input type="checkbox"/> Beenderen	<input type="checkbox"/> Gewrichten	<input type="checkbox"/> Longen

<input type="checkbox"/> Geboorten <i>(bijlage I)</i>	<input type="checkbox"/> Miskraam
---	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Vaccinatie	<input type="checkbox"/> Nicotine
<input type="checkbox"/> Erfelijke belasting	<input type="checkbox"/> Stofwisselingsziekten

<input type="checkbox"/> Medicatie: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Voedingssupplementen: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
---	--

*\*Duid aan wat van toepassing is*

*\*Stel uzelf de vraag "Heb ik (klachten aan) ... ?" of "Gebruik ik ... ?"*

### Bijlage I - Verloop van de geboorte

*Gelieve aan te duiden wat van toepassing is*

1<sup>e</sup> kind : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2<sup>e</sup> kind : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3<sup>e</sup> kind : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normale bevalling: ..... uur
- Keizersnede
- Epidurale verdoving
- Geknipt
- Gescheurd
- Te vroeg geboren
- Osteopathie behandeling

- Normale bevalling: ..... uur
- Keizersnede
- Epidurale verdoving
- Geknipt
- Gescheurd
- Te vroeg geboren
- Osteopathie behandeling

- Normale bevalling: ..... uur
- Keizersnede
- Epidurale verdoving
- Geknipt
- Gescheurd
- Te vroeg geboren
- Osteopathie behandeling

Overige opmerkingen:

*(bv. bloedneus door zware arbeid, aambeien, postnatale depressie, ...)*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Overige opmerkingen:

*(bv. bloedneus door zware arbeid, aambeien, postnatale depressie, ...)*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Overige opmerkingen:

*(bv. bloedneus door zware arbeid, aambeien, postnatale depressie, ...)*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....