



Integrale geneeskunde

Anamnese formulier Bio MediCo

Datum _____

Naam	
Adres	
Postcode / woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoon / mobiel	
E-mailadres	
Huisarts / dermatoloog	
Zorgverzekeraar	
Zorgrelatienummer	

Huidproblemen kunnen vele oorzaken hebben zoals hormonen, voeding, allergie, stress, verkeerde cosmetica, medicijngebruik, enzovoort. Bij Bio MediCo gaan we op zoek naar de oorzaak.

Om tot een oplossing te komen voor uw huidproblemen is een goed inzicht in de complexe interactie tussen huid, zenuwstelsel, hormonale stelsel, darmen, de psyche en het immuunsysteem van groot belang. Een verstoring in het ene systeem leidt namelijk tot een storing in het andere systeem. Door op een dieper niveau huidproblemen aan te pakken bereiken we veel meer resultaat.

1. Bent u momenteel gezond? Ja/nee
2. Rookt u? Ja/nee
3. Drinkt u voldoende water? Ja/nee
4. Lijdt u of heeft u geleden aan één van de volgende aandoeningen?
 - Koortslip Ja/nee
 - Bloedstollingsstoornissen Ja/nee
 - HIV Ja/nee
 - Hepatitis Ja/nee
 - Diabetes Ja/nee
 - Schildklierproblemen Ja/nee
 - Hemofilie of verhoogde bloedingsneiging Ja/nee
 - Menstratieklachten Ja/nee
 - Darmklachten Ja/nee

- Astma Ja/nee
- Hooikoorts Ja/nee
- Bloedarmoede Ja/nee
- Auto immuunziekten Ja/nee
- Migraine Ja/nee
- Bloedarmoede Ja/nee
- Een andere aandoening of ziekte Ja/nee

.....

5. Lijdt u of heeft u geleden aan één van de volgende huidaandoeningen?

- Eczeem Ja/nee
- Psoriasis Ja/nee
- Netelroos Ja/nee
- Acne Ja/nee
- Allergische huidreacties Ja/nee
- Huidkanker Ja/nee
- Rosacea Ja/nee
- Pigmentvlekken Ja/nee
- Jeuk Ja/nee
- Huidontstekingen Ja/nee

6. Lijdt u of heeft u geleden aan?

- Slaapstoornissen Ja/nee
- Menopauze klachten Ja/nee
- Depressies of neerslachtigheid Ja/nee
- Stress Ja/nee
- Vermoeidheid Ja/nee

7. Gebruikt u momenteel?

- Antibiotica Ja/nee
- Sint Janskruid Ja/nee
- Anticonceptie Ja/nee
- Corticosteroiden Ja/nee
- Roacutane Ja/nee
- Pijnstillers (zoals diclofenac, brufen, enz) Ja/nee
- Bloedverdunningsmiddelen (zoals aspirine, sintrom, enz) Ja/nee
- Andere geneesmiddelen (zo ja, welke?)

.....

.....
.....

- Voedingssupplementen (zo ja, welke?

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

8. Komen de eerder genoemde klachten ook in de familie voor? Ja/nee

9. Bent u (of was u) elders in behandeling voor dit huidprobleem?
Zoals bij een arts of therapeut? Ja/nee

10. Hoe lang heeft u al last van deze klachten?

.....
.....

11. Bent u momenteel zwanger, geeft u borstvoeding of heeft u een
zwangerschapswens? Ja/nee/n.v.t.

.....
.....

12. Bent u momenteel in behandeling bij een huisarts of specialist?
Zo ja, waarvoor?

.....
.....

13. Geeft u mij toestemming om medische gegevens op te vragen bij huisarts
of specialist indien ik dit nodig acht? Ja/nee

14. Sport u? Ja/nee

15. Volgt u een dieet of bent u overgevoelig of allergisch voor bepaalde
voedingsmiddelen?

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

16. Drinkt u alcohol? Zo ja, hoe vaak?

.....

17. Reageert uw huid op weersinvloeden? Ja/nee

18. Heeft u wel eens een allergische reactie gehad? Zo ja, waarvoor?
.....
.....
19. Wat doet u voor werk en komt u tijdens het werk met bepaalde stoffen in aanraking?
.....
.....
20. Waar op uw lichaam komen de huidproblemen voor?
.....
.....
.....
21. In hoeveel tijd is het huid of haarprobleem ontstaan?
.....
22. Heeft u ooit chemotherapie of bestraling gehad?
.....
.....
23. Bent u gevoelig van aard en pikt u makkelijk allerlei signalen op uit uw omgeving op? Ja/nee
24. Heeft u ooit een operatie ondergaan? Ja/nee
.....
.....
.....
25. Bent u ooit geïnjecteerd met een tijdelijk of permanente filler (Botox of hyaluronzuur)? Ja/nee
.....
26. Genezen wondjes bij u normaal? Ja/nee
27. Heeft u snel last van littekenvorming? Ja/nee
28. Kunt u moeilijk tegen daglicht of de zon inkijken met uw ogen? Ja/nee
29. Heeft u veel behoefte aan zoet? Ja/nee
30. Heeft u veel behoefte aan zout? Ja/nee
31. Heeft u ooit trillende handen als u 'n tijdje niets meer gegeten hebt? Ja/nee

- 32.Heeft u soms hartkloppingen? Ja/nee
- 33.Bent u ooit prikkelbaar? Ja/nee
- 34.Heeft u last van angsten? Ja/nee
- 35.Zweet u veel? Ja/nee

36.Heeft u als kind een groot verdriet gehad dat u nu nog kan raken? Ja/nee

37.Heeft u recent in de zon gelegen, zonnebank of zelfbruiner gebruikt?
Ja/nee
.....

38.Welke huidverzorgingsproducten gebruikt u op dit moment? Het gaat om de ingrediënten. Breng de verpakking van de producten mee naar de praktijk of maak een foto van de ingrediënten.
.....
.....
.....

39.Is er nog iets anders wat ik als behandelaar zou moeten weten?
.....
.....
.....
.....

- 40.Eet of drinkt u geregeld:
- O Aardbeien
 - O Abrikozen
 - O Alcohol
 - O Ananas
 - O Anijs
 - O Appels
 - O Aubergine
 - O Augurken
 - O Avocado
 - O Azijn
 - O Bacon
 - O Bier
 - O Bouillon van botten en vis
 - O Brie
 - O Cacao
 - O Caffeïne
 - O Camembert

- O Cashewnoten
- O Champagne
- O Chilipoeder
- O Chocolade
- O Citroen
- O Conserveringsmiddelen in kant en klaar producten
- O Eieren of producten waar ei in zit
- O Frambozen
- O Gerookte vis of vleeswaren
- O Gist
- O Gluten, tarwe en andere graansoorten
- O Harde kazen
- O Kaneel
- O Kerrie
- O Kersen
- O Kidneybonen
- O Kip
- O Kiwi
- O Kleurstoffen in kant en klaar producten
- O koemelkproducten
- O Koriander
- O Kruiden
- O Mais
- O Mango
- O Melk en zuivelproducten
- O Mosterd
- O Nootmuskaat
- O Oude kaas
- O Paddenstoelen
- O Paprikapoeder
- O Pecannoten
- O Perziken
- O Peulvruchten
- O Pinda's
- O Pompoen
- O Rode wijn
- O Rundvlees
- O Salami
- O Schaal- en schelpdieren zoals kreeft en mosselen
- O Sesamzaad
- O Sinaasappels
- O Soja producten
- O Spinazie
- O Tarwe
- O Tempeh

- Tomaten
- Tomatenketchup
- Vanille
- Varkensvlees
- Vis (vers of uit blik, zoals haring, makreel, tonijn)
- Worst
- Wortelen
- Zuurkool
- Hunker je vaak naar een bepaald voedingsmiddel? Zo ja, waarnaar?

.....
.....

Naar waarheid ingevuld:

Datum

Handtekening cliënt