



MOODS AROMATHERAPIE CONSULT

Anamnese Formulier

Met dit ingevulde formulier krijg ik een goed beeld van je klacht en de reden voor je aanvraag van een aromatherapie consult. Als er naar aanleiding van je antwoorden nog onduidelijkheden zijn, dan neem ik contact op. Indien een vraag niet van toepassing is, kan je deze uiteraard overslaan.

Dit formulier graag opslaan, digitaal invullen en retour mailen naar: hello@mooimetmoods.nl

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Voornaam:		m/v
Achternaam:		
Geboorte datum (mm-dd-jjjj):		
Beroep:		
Adres:		
Postcode en woonplaats:		
E-mail adres:		
Telefoon:	Vast:	Mobiel:
Huisarts:	Naam:	Tel.nr.:
Zorgverzekeraar:		

2. ALGEMEEN

Lengte:	
Gewicht:	
Bloeddruk:	Waarde: Datum:
Hartslag:	Heb je last van hartkloppingen?
Allergieën: Denk hierbij aan voeding, Inhalatie-allergie (bv. hooikoorts). Contact allergie (bv. bepaalde stoffen, wasmiddel) etc.	<input type="checkbox"/> ja, geef aan welke <input type="checkbox"/> nee
Hoe is de conditie van je huid, haar en nagels?	<input type="checkbox"/> Niet goed, toelichting <input type="checkbox"/> Goed
Slaap je goed? Zowel inslapen als doorslapen vermelden.	

3. KLACHTEN

Omschrijving van je klacht(en): Wat is de aanleiding voor dit consult?	
Sinds wanneer heb je deze klacht(en)?	
Hoe is het verloop van de klacht(en)? Ernstiger, vaker, in bepaalde perioden?	
Heb je behalve de klacht(en) zoals hierboven omschreven nog andere klacht(en) of aandoeningen?	

BIJ STRESS OF BURN-OUT KLACHTEN

Omcirkel welke klachten herkenbaar zijn voor jou.	Slapeloosheid	Besluiteloosheid
	Moeheid	Gebrek aan focus
	Darmproblemen	Concentratie verlies
	Verlaagde pijndrempel	Stijfheid
	Depressiviteit	Sierpijn
	Angst	Spanning
	Paniek	Hoofdpijn
	neerslachtigheid	Opgejaagdheid

4. DIAGNOSE

Ben je recent naar de huisarts geweest met deze klachten of ben je doorverwezen naar een specialist?	<input type="checkbox"/> ja	Wanneer ben je hiervoor naar de huisarts/specialist geweest?
		Is er door de huisarts/specialist een diagnose gesteld en wat is deze diagnose?
	<input type="checkbox"/> nee	
Ben je voor deze klacht(en) bij andere therapeuten onder behandeling (geweest)? BV, Fysiotherapeut, homeopaat, masseur, Reiki etc.	<input type="checkbox"/> ja	Welke?
	<input type="checkbox"/> nee	

5. MEDISCHE GESCHIEDENIS

De inhoudsstoffen van planten en daarmee etherische oliën hebben een zeer brede werking en kunnen effect hebben op verschillende lichaamssystemen. Je medische geschiedenis kan het gebruik van bepaalde kruiden/etherische oliën uitsluiten.

Heb je weleens een medische ingreep ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja, om welke redenen? <input type="checkbox"/> nee	
Heb je aangeboren aandoeningen?	<input type="checkbox"/> ja, geef aan welke <input type="checkbox"/> nee	
Zijn er erfelijke aandoeningen bekend in de familie?	<input type="checkbox"/> ja, geef aan welke <input type="checkbox"/> nee	
Ben je geboren via een keizersnee?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Heb je borstvoeding gekregen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

6. MEDICATIE

Welke medicijnen gebruikt je? .

Naam en merk	Dosering	Inname tijden (bv 3x daags tijdens het eten)	Gebruik sinds (geschatte datum, jaar waarin gestart bij langdurig gebruik)	Voorgeschreven door
Helpt de vermelde medicatie?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		

Heb je last van bijwerkingen van deze medicatie?	<input type="checkbox"/> ja, geef aan welke <input type="checkbox"/> nee		
Heb je eerder voor andere klachten de volgende medicatie gekregen?	Prednison?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja Wat was hiervoor de aanleiding? Wanneer? (jaartal)
	Chemokuur?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja Wat was hiervoor de aanleiding? Wanneer? (jaartal)
	Antibiotica?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja Wat was hiervoor de aanleiding? Wanneer? (jaartal)

SUPPLEMENTEN

Gebruik je voedingssupplementen zoals multivitaminen, mineralen / kruiden supplementen of homeopathische middelen?

Naam en merk	Dosering	Inname tijden (bv 3x daags tijdens het eten)	Gebruik sinds (geschatte datum, jaar waarin gestart bij langdurig gebruik)

7. VOEDING & LIFESTYLE

<p>Volg je een bepaald dieet?</p> <p>Vegetarisch of Veganistisch graag ook hier vermelden</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, welk dieet en reden?</p> <p><input type="checkbox"/> nee</p>	
<p>Eet je regelmatig?</p>		
<p>Wat eet zoal als ontbijt/lunch/diner? Graag een indruk</p>		
<p>Wat eet je tussen de maaltijden door? Denk aan fruit / snoep / chocola etc.</p>		
<p>Wat en hoeveel drink je gemiddeld per dag?</p>	<p>Water/koffie/frisdrank/vruchtensap/groentensap/(kruiden)thee/Alcoholische dranken?</p>	<p>Hoeveel</p>

<p>Rook je?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, wat, hoeveel rookt u / dag?</p> <p><input type="checkbox"/> nee</p>	
<p>Gebruik je middelen die als drugs worden beschouwd?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, wat, hoeveel / dag?</p> <p><input type="checkbox"/> nee</p>	

Kan je hieronder in het kort weergeven hoe je gemiddelde dagbesteding eruitziet?

Werkdagen

Vrij te besteden dagen

Vakantie

Doet je aan sport / beweging?	<input type="checkbox"/> ja, Hoe vaak en welke sport / beweging?
	<input type="checkbox"/> nee

8. GEESTELIJK WELBEVINDEN

Wat zijn in uw leven ingrijpende gebeurtenissen geweest (denk hierbij aan scheidingen, sterfgevallen, ziekten van uzelf of een naaste, pesterijen, ontslag, geweldplegingen, inbraken, ongevallen) korte omschrijving en geef aan wanneer deze hebben plaatsgevonden.	
---	--

Heb je veel zorgen?		
Kan je je goed concentreren op je dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
In welke situaties ervaar je stress?		
Heeft je ooit een diagnose van een psychiater gekregen? Deze vraag stel ik omdat bepaalde planten een (zeer) negatieve invloed kunnen hebben op bepaalde psychiatrische aandoeningen.	<input type="checkbox"/> ja, geef aan welke <input type="checkbox"/> nee	

Zijn er onderwerpen waarover ik geen vragen heb gesteld en die je belangrijk genoeg vindt om te delen?	
--	--

9. VERWACHTINGEN

Wat verwacht je van dit consult? geef aan wat wilt u bereiken, binnen welke termijn	
--	--

10. TIJDENS DE BEHANDELING

Om de behandeling zo aangenaam mogelijk te maken en de muziek en geur beleving aan te passen aan jouw voorkeuren tot slot nog de volgende vragen:

Van welke muziek ontspant je?

Wat is je favoriete geur of parfum?

Wat is je favoriete vakantiebestemming?

Dankjewel voor het invullen!

De door u verstrekte informatie wordt volledig vertrouwelijk behandeld conform de richtlijnen van een paramedisch geneeskundig geregistreerd therapeut. En wordt conform de richtlijnen bescherming persoonsgegevens afgeschermd en nooit verstrekt aan derden. Tenzij u daar zelf uitdrukkelijk toestemming voor geeft.