



Vragenlijst

Deze vragenlijst is ten behoeve van uw behandeling bij Làhbuhr en geeft een indruk van uw gezondheidstoestand. Kruis aan wat van toepassing is.

Wat zijn de gezondheidsklachten waar je hulp bij nodig hebt?

Zijn er omstandigheden die de klachten verergeren?

Zijn er omstandigheden die de klachten verminderen?

Kruis aan wat van toepassing is:

	altijd	vaak	soms	nooit
Ik ben altijd energiek	0	0	0	0
Ik slaap goed in	0	0	0	0
Ik slaap goed door	0	0	0	0
Ik droom veel	0	0	0	0
Ik wordt uitgerust wakker	0	0	0	0
Ik heb het vaker warm dan koud	0	0	0	0
Ik heb het vaker koud dan warm	0	0	0	0
Ik ben gevoelig voor tocht en wind	0	0	0	0
Ik heb last van nachtzweeten	0	0	0	0
Ik heb veel dorst	0	0	0	0
Ik heb last van hoofdpijn	0	0	0	0
Ik ben duizelig	0	0	0	0
Ik heb oorsuizen (tinnitus)	0	0	0	0
Ik ben doof of dover/doof geworden	0	0	0	0
Ik heb droge, zanderige of branderige ogen	0	0	0	0
Ik heb last vlekjes voor de ogen	0	0	0	0
Ik heb hartkloppingen	0	0	0	0
Ik ben kortademig	0	0	0	0

	altijd	vaak	soms	nooit
Ik zweet spontaan bij inspanning	0	0	0	0
Mijn eetlust is goed	0	0	0	0
Mijn spijsvertering verloopt probleemloos	0	0	0	0
Mijn stoelgang verloopt probleemloos	0	0	0	0
Ik drink voldoende water (6 glazen per dag)	0	0	0	0
Ik urineer voldoende en zonder problemen	0	0	0	0
Mijn menstruatie verloopt soepel en zonder klachten	0	0	0	0
Ik gebruik anticonceptiemiddelen	0	0	0	0
Ik heb pijn in mijn borst (gehad)	0	0	0	0
Ik heb pijn in mijn buik (gehad)	0	0	0	0
Ik heb pijn in mijn rug (gehad)	0	0	0	0
Ik heb pijn in mijn armen/benen (gehad)	0	0	0	0
Ik heb onrustige benen (avond/nacht)	0	0	0	0

	ja	nee
Ik ben recentelijk of in het verleden geopereerd	0	0
Ik gebruik reguliere medicijnen	0	0
Ik gebruik alternatieve middelen (kruiden/homeopathie)	0	0
Ik gebruik voedingssupplementen	0	0
Ik gebruik tabak	0	0
Ik gebruik alcohol	0	0
Ik gebruik verdovende middelen	0	0
Ik ben nu onder behandeling van mijn huisarts	0	0
Ik ben nu onder behandeling van een medisch specialist	0	0
Ik ben nu onder behandeling van een psycholoog/psychiater	0	0
Ik ben nu onder behandeling van een alternatief therapeut	0	0

Mijn adres is:

adres:

postcode/woonplaats:

telefoonnummer:

e-mailadres:

Mijn huisarts is:

naam:

telefoonnummer:

Mijn zorgverzekering is:

naam:

polisnummer: