

Intake- en anamnese formulier Natuurlijk Jezelf



Naam:	Voorletters:	Roepnaam:	m / v
Adres:			
Postcode en woonplaats:			
Geboortedatum:			
Telefoon ouder:			
E-mail ouder:			

Medicijnen en/of voedingssupplementen graag bij ieder consult meenemen.

Indicaties

Belangrijkste klacht(en):

Sedert wanneer:

Overige symptomen (inclusief emotionele):

Aanvullende vragen over het kindje:

* Hoe verloopt het voeden/eten? Welke voeding krijgt je kindje? Zijn er reflux achtige klachten? Heeft je kindje wel eens spruw (gehad)?

* Hoe gaat de ontlasting? (structuur, frequentie, last van krampjes/obstipatie etc.?)

* Hoe gaat het slapen?

* Is er sprake van allergieën/intoleranties of een vermoeden hiervan?

* Hoe is de algehele gezondheid/weerstand? Is je kindje al eens ziek geweest en zo ja wat heeft hij/zij gehad?

* Krijgt je kindje medicatie of heeft hij/zij medicatie gehad? Zo ja, welke?

* Welke supplementen krijgt je kindje? (Vit D, K etc.)

Is je kindje ingeënt met één van de volgende vaccins?	
* DKTP-Hib-HepB	ja/nee
* Pneu	ja/nee
* BMR	ja/nee
* MenACWY	ja/nee
* DKTP	ja/nee
* Enig ander vaccin	

Zijn er nog andere bijzonderheden of dingen die belangrijk zijn om te weten?

.....

.....

.....

Vragen over moeder:

* Hoe is de zwangerschap verlopen? Heb je gevloeid tijdens de zwangerschap?

* Waren er bijzonderheden of emotionele gebeurtenissen tijdens de zwangerschap?

* Hoe is de bevalling verlopen? Met welke termijn bevallen? Waren er bijzonderheden tijdens de bevalling?

* Heb je medicatie toegediend gekregen? Zoja, welke? (Denk aan pijnstilling, antibiotica, wee-opwekkers, ruggenprik, syntocinon spuit (bij geboorte placenta) vit K shot etc.)

Heb je tijdens de zwangerschap of borstvoedingsperiode één van de volgende middelen gebruikt?		
• Pijnstillende middelen	ja/nee	welke ?
• Antibiotica	ja/nee	
• Antidepressiva	ja/nee	
• Cortison/prednison	ja/nee	
• Bètablokkers	ja/nee	
• Laxeermiddelen	ja/nee	
• Maagzuurremmers	ja/nee	
• Malariatabletten	ja/nee	
• Overige	

Ben je ingeënt met één van de volgende vaccins tijdens de zwangerschap?

* Influenza (griepspuit)	ja/nee
* Tetanus (bijv. na wond)	ja/nee
* DKT (kinkhoestprik ofwel 22 weken prik)	ja/nee
* COVID19 ('coronavaccinatie')	ja/nee
* een ander vaccin	

Uiteraard worden deze gegevens **strikt vertrouwelijk** behandeld en zullen niet aan derden worden overlegd zonder afspraken met u als cliënt vooraf.

Gemaakte afspraken dienen 24 uur van te voren afgezegd te worden, indien dit niet gebeurd kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden gebracht.

Hierbij verklaart ondergetekende dat dit formulier volledig en naar waarheid is ingevuld.

Mochten antwoorden om meer toelichting vragen, dan graag op een separate bijlage toevoegen voorzien van uw handtekening en datum.

Handtekening ouder:

Als op grond van de verstrekte gegevens en daaropvolgende nadere kennismaking tot behandeling wordt besloten, zal een en ander worden vastgelegd in een door partijen te ondertekenen behandelingsovereenkomst.