Beste,

Wil je de volgende vragenformulieren zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden en een week voor je eerste consult per email aan mij retourneren? Sla het formulier direct op in WORD-document (niet in PDF), dan kan ik het in je dossier verwerken.

Je kunt dit sturen naar [info@bb-huidverbetering.nl](mailto:info@bb-huidverbetering.nl)

Bij het eerste consult zullen de gegevens met je worden besproken. Uiteraard valt al deze informatie onder het beroepsgeheim.

Mocht je recente uitslagen van bloedonderzoeken hebben wil je deze dan bij jouw eerste bezoek meenemen? Tevens zou ik het op prijs stellen als je jouw medicijnen en voedingssupplementen die je op dit moment gebruikt, bij jouw eerste bezoek meebrengt.

Toelichting i.v.m. Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) per 25 mei 2018:

Met het invullen van dit formulier geef je toestemming aan Praktijk voor huidverbetering voor het verwerken van jouw gegevens. De gegevens die hier worden verwerkt zijn erop gericht om een plan van aanpak op te stellen om jou zo goed mogelijk te kunnen helpen. Ik verplicht je niet de onderstaande vragen te beantwoorden, je bent hier dus volkomen vrij in.

Voor meer info over jouw privacy verwijs ik je naar mijn website. Om naar website te gaan klik op deze link 🡪 [PRIVACYVERKLARING](https://www.bb-huidverbetering.nl/privacyverklaring/)

Persoonlijke gegevens:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam |  | |
| Voornaam |  | |
| Adres |  | |
| Postcode |  | |
| Woonplaats |  | |
| Geb.datum |  | M/V |
| Telefoon |  |  |
| Email |  | |
| Naam zorgverzekeraar |  | |
| Jouw nummer bij de zorgverzekeraar |  | |
| Aanvullend verzekerd voor Orthomoleculaire therapie.  Check [klik hier.](https://www.bb-huidverbetering.nl/wp-content/uploads/MBOG-overzicht-Zorgverzekeraars-2021.pdf) | JA  NEE | |
| Beroep; onregelmatig en/of nachtdiensten? |  | |
| Lengte |  | |
| Gewicht |  | |
|  |  | |

Beantwoord de onderstaande vragen kort en bondig, dus geen opstel schrijven. Dan blijft het voor mij overzichtelijk 😊.

Wat is jouw voornaamste klacht(en), die je wil aanpakken?

|  |
| --- |
|  |

Wanneer zijn je klachten begonnen en hoe heeft het zich ontwikkeld?

Wat heb je er tot nu toe aan gedaan (antibiotica, crème)?

Al onder behandeling van therapeut of arts geweest? Zo ja, wat was het effect hiervan?

|  |
| --- |
|  |

Welke zijn de bijkomende klachten op dit moment (als die er zijn)?   
Bv. Spijsverteringsklachten, hoofdpijn, etc.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

Wat is je doel? En binnen welke tijd denk je dit te bereiken? Wees zo specifiek mogelijk.

|  |
| --- |
|  |

Hoe graag wil je je doel bereiken? Ben je bereid offers te maken?

|  |
| --- |
|  |

Gebruik je momenteel medicijnen?

Zo ja: welke medicatie en waarvoor is deze medicatie?

|  |
| --- |
|  |

Indien je last hebt van een huidprobleem, geef hieronder aan welke producten, merken je gebruikt. Noteer alles wat je op je gezicht en/of lichaam smeert en in je haar aanbrengt:

Reiniging: Milk of wasemulsie/wasgel:

Tonic:

Serum:

Crème:

Foundation:

Rouge en/of poeder:

Oogcrème:

Tandpasta:

Zonnebrand:

Shampoo:

Conditioner:

Haarproducten:

Lichaamsproducten, body lotion, douchegel etc:

Anders:

Gebruik je voor je was:

* geparfumeerd wasmiddel:
* wasverzachter:

Ben je op natuurlijke manier geboren of via keizersnede?

|  |
| --- |
|  |

Heb je borstvoeding gehad? Zo ja, hoe lang:

|  |
| --- |
|  |

Heb je vaak gevoel van dorst, droge mond? Drink je ook continu kleine beetjes of drink je 1x in paar uur 1 of paar glazen?

|  |
| --- |
|  |

Moet je heel vaak plassen? Vrijwel iedere 1 à 2 uur?

|  |
| --- |
|  |

Heb je weleens last van geur uit je mond? ZO ja, hoe vaak?  
Vaak merk je dit zelf niet, maar hoor je dit van je partner of uit je omgeving.

|  |
| --- |
|  |

Hoe is je gebit: Amalgaamvulling(en) - zwarte vulling. Zo ja, hoeveel?

Gebitsplaatje, Beugel, Draadje achter je tanden, Kronen, Bruggen, wortelkanaalbehandelingen?

|  |
| --- |
|  |

Heb je last van bloedend tandvlees? Zo ja hoe vaak?

Gebruik je flosdraad of tandenstokers? Hoe vaak?

|  |
| --- |
|  |

Ga je jaarlijks naar de tandarts? Zo ja, hoe vaak?

Ga je jaarlijks naar de mondhygiëniste? Zo ja, hoe vaak?

|  |
| --- |
| Tandarts:  Mondhygiëniste: |

Heb je last van aften (= zweertjes in je mond)? Zo ja hoe vaak?

|  |
| --- |
|  |

Hoe is je stoelgang? Iedere dag, of paar keer week en is het altijd hetzelfde qua structuur of wisselend; zie Bristol stool chart; welke type(‘s). Geef duidelijke omschrijving.

|  |
| --- |
|  |



Heb je last van spijsverteringsklachten: maagzuur, boeren, obstipatie, opgeblazen gevoel etc. Omschrijf duidelijke wat je ervaart:

|  |
| --- |
|  |

**Vragen voor vrouwen:**

Leeftijd eerste menstruatie:

Heb je menstruatieklachten? Zo ja, geef aan wat je klachten zijn:

Heb je een regelmatige menstruatie:

Verergert je probleem tijdens een bepaalde periode van de maand?   
Zo ja wanneer (week voor – tijdens – in het midden van cyclus):

Gebruik anticonceptie pil of spiraal? Zo ja welke (naam):

Hoe lang slik je al de pil of heb je al de spiraal:

Altijd dezelfde of heb je gewisseld:      

Zwanger:  
Ben je bezig zwanger te raken?   Ben je zwanger?   Geef je borstvoeding?           

Eventuele zwangerschap, hoe is het verloop daarvan geweest:

Borstvoeding gegeven, hoe is het verloop daarvan geweest. Hoe lang borstvoeding gegeven:

Hoe was je bevalling en hoe ging het met je na de bevalling:

Heb je slechte nagels en/of haarproblemen; haaruitval etc?

|  |
| --- |
|  |

Hoe is je bloeddruk; hoog, laag of normaal?

|  |
| --- |
|  |

Hoe voel je je in het algemeen?

(Verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd, vrolijk, gelukkig)

|  |
| --- |
|  |

Zijn er momenten op een dag van inzinking, moe? Zo ja welk tijdstip.

|  |
| --- |
|  |

Rook je? Zo ja hoeveel sigaretten per dag.

|  |
| --- |
|  |

Drink je regelmatig alcohol? Zo ja geef aan hoeveel glazen per week:

|  |
| --- |
|  |

Gebruik je recreatief drugs of heb je dit in het verleden gebruikt? Zo ja, welke drugs en hoe vaak?

|  |
| --- |
|  |

**ZIEKTEGESCHIEDENIS vul het in het schema onderaan de vragen in.**

Kun je chronologisch omschrijven (geen heel opstel 😉 graag kort, bondig en overzichtelijk), dus bij je kinderjaren beginnen en in het **overzicht/schema** hieronder invullen.

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen, fracturen, ziekenhuisopnames en behandelingen je in jouw leven hebt doorgemaakt. Alle dingen kunnen van belang zijn; amandelen pellen, acne, eczeem, zwemmerseczeem, schimmelnagels, ringworm, wormen (aarsmaden) anale jeuk of vaginale klachten (voor dames).

Operatie waarbij metaal in je lichaam is geplaatst. Zo ja, waar?   
Alles wat **niet** in je lichaam ‘hoort’ vermelden.

1. De kinderziekten die je hebt gehad.
2. Heb je verre reizen gemaakt? Zo ja welk land en wanneer   
   Heb je ooit in het buitenland een virus-/ bacterie- of schimmelinfectie opgelopen, waardoor je ernstig ziek bent geweest? Zo ja, waar en wanneer was dat en wat voor klachten had je toen?
3. Belangrijke (stressvolle) perioden in jouw leven kunnen eveneens van invloed zijn.   
   Noteer deze, ook als het al (vele) jaren geleden is. Bv. Echtscheiding, overspannen, burn-out, depressies, overlijden dierbaren etc.

|  |  |
| --- | --- |
| LEEFTIJD | ZIEKTE/KLACHT/ZWANGERSCHAP/ONTWIKKELING |
| 0 Etc. |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Heb je wel eens last van herpes virus? Zo ja, hoe vaak heb je hier last van?

|  |
| --- |
|  |

Zijn er familiaire ziekten en/of erfelijke aandoeningen in jouw familie? (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen etc.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MOEDER | VADER | OVERIGE FAMILIELEDEN |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ben je afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een alternatief genezer (bv. homeopaat, acupuncturist, orthomoleculair therapeut) Zo ja, met welke resultaten?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziekte en/of gebeurtenis was de zwaarste in jouw leven?

|  |
| --- |
|  |

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voor jouw huidige klachten begonnen?

|  |
| --- |
|  |

Welke acties heb je zelf al genomen ter verbetering van je gezondheid?

|  |
| --- |
|  |

Ben je nu onder behandeling van arts of therapeut? Zo ja welke;

|  |
| --- |
|  |

Wat verwacht je van de behandeling? En wil je nog aanvulling geven?

|  |
| --- |
|  |

**VOEDING:**

Hoe reageer je op alcohol? Kun je hier goed tegen of juist niet?

|  |
| --- |
|  |

Welke voeding en/of dranken vallen vaak niet goed?

|  |
| --- |
|  |

Heb je grote behoefte aan zout, hartige dingen?

|  |
| --- |
|  |

Heb je grote behoefte aan zoetigheid?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hoeveel eetmomenten: maaltijden en snacks eet je iedere dag? Alles buiten water, thee en koffie zonder suiker telt als eetmoment. |  |
| Hoeveel maaltijden per week eet je buitenshuis? |  |
| Hoeveel stuks fruit eet je gemiddeld per dag? |  |
| Hoeveel porties groenten eet je gemiddeld per dag? Meer of minder dan 200 gram? |  |
| Hoeveel keer per dag of in de week eet je brood, pasta of rijst? |  |
| Hoeveel keer per week eet je varken? |  |
| Hoeveel keer per week eet je rund? |  |
| Hoeveel eieren eet je per week? |  |
| Hoeveel keer per week eet je kip of kalkoen? |  |
| Hoe vaak per week eet je vis? En wat voor vis: |  |
| Vind je dat je gezond leeft en eet?  Eet je (regelmatig) biologisch?  Zo ja, hoe vaak: |  |
| Hoe laat is meestal je laatste eetmoment in de avond? |  |
| Eet je liever gefrituurd, gebakken of gekookt voedsel? |  |
| Heb je normaal, over- of ondergewicht? |  |

**LEEFSTIJL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zijn er momenteel stressvolle momenten in je leven. Bv; verhuizing, stressvolle baan etc. |  |
| Heb je voor je gevoel genoeg ontspanningsmomenten? |  |
| Hoeveel uur per week zit je (op het werk)? |  |
| Ben je actief op je werk of zittend beroep? |  |
| Hoeveel uur slaap je per nacht? |  |
| Heb je slaapproblemen? |  |
| Krijg je iedere winter de griep of word je iedere winter verkouden? |  |
| Hoe gedraag je je in stresssituaties? |  |
| Heb je een huisdier, of paard? Zo ja welke dier: |  |
| Ben je gevoelig van aard?  Bv gevoelig voor licht, geluid, kriebelende kleding etc. |  |

Gebruik je voedingssupplementen (visolie, vitamines en mineralen)?

Zo ja, welke en welk merk + hoeveelheid in mg.

|  |
| --- |
|  |

Gebruik je extra eiwitten d.m.v. eiwitshakes? Zo ja welk merk en hoe vaak?

|  |
| --- |
|  |

Zo dat was een heel karwei! Bedankt voor je tijd en het invullen.

Gezonde groet,

Bianca Buijs

Orthomoleculair therapeut

Huidspecialist