



# DE WITTE ROOS

Praktijk voor Natuurgerichte Therapieën  
CranioSacraal Therapie en Massage

**ANAMNESEFORMULIER volwassene** (graag zo volledig mogelijk invullen)

## Personalia

Naam .....

Adres .....

Postcode .....

Plaats .....

Burgerlijke Staat .....

Beroep .....

Telefoon privé ..... mobiel:.....

Telefoon werk .....

Geboortedatum .....

E-mail adres .....

Huisarts .....bericht huisarts akkoord? Ja/nee

Specialist .....

Ander Behandelaar(s) .....

Verzekering .....Verz.nr.....

BSN nummer.....

Wat is uw hoofdklacht?

.....

Heeft u nog andere klachten?

.....

Is er een reguliere diagnose gesteld, zo ja welke?

.....

Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10 .....

Geef in chronologische volgorde vanaf uw geboorte uw ziektegeschiedenis weer.  
Denk ook aan kinderziektes.

.....

Welke (erfelijke)ziekten komen er in de familie voor?

.....

Welke medicijnen heeft de laatste jaren gebruikt? (Of vanaf uw geboorte?)

.....

Welke homeopathische middelen, vitaminen of andere medicatie gebruikt u of heeft u gebruikt?

.....

Heeft u operaties ondergaan of grote tandheelkundige behandelingen? Ja/nee  
Wanneer en welke?.....

.....

Hoe karakteriseert u uzelf?

.....

Gebruikt u alcohol/drugs.....

Rookt u? Ja/nee

Hoeveel?.....

Doet u aan lichaamsbeweging? Ja/nee  
Wat doet u?.....  
Bent u ergens allergisch voor? Ja/nee  
Zo ja waarvoor?.....  
Staat u 's morgens fit op? Ja/nee  
Slaapt u goed? Ja/nee  
Heeft u wel eens pijn op de borst? Ja/nee  
Heeft u vaak koude handen en/of voeten? Ja/nee

Kunt (wilt) u een gebeurtenis beschrijven die erg bepalend is geweest voor uw leven?

.....  
.....

Heeft u kinderen?.....

Heeft u last (gehad) van:

- 0 overspannenheid. Indien ja, wanneer?
- 0 nervositeit. Indien ja, wanneer?
- 0 flauwvallen. Indien ja, wanneer?
- 0 depressies. Indien ja, wanneer?
- 0 hyperventilatie. Indien ja, wanneer?

Hoe is uw geboorte verlopen? Heeft er een ingreep plaatsgevonden? Of verdoving?

.....

Heeft u wel eens een auto-ongeluk of val meegemaakt? Ja/nee

**Voor vrouwen:**

Gebruikt u de pil? Ja/nee

Hoe is nu uw menstruatie?

.....

Bent u wel eens zwanger geweest? Ja/nee

Hoe vaak?.....

Waren er complicaties?

.....

Zijn er onderzoeken geweest, die niet aan bod zijn geweest?

.....

Wat wilt u verder nog kwijt naar aanleiding van het 1-e consult of in het algemeen?

.....

.....

Ben u verwezen, zo ja door wie?

Dank u voor uw medewerking, uiteraard gaan wij respectvol om met uw gegevens.

Hierbij verklaart u dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam ..... Datum .....

Handtekening.....

Carina van der Giessen-Hipke van Praktijk de Witte Roos, AGB: 90.033545, BR-0675, AGB praktijkcode 90.012518. NCSV 255-0187 KB 0905-0370, werkend als Holistisch Paramedisch Natuurgeneeskundig Therapeut, Lid BATC, en als CranioSacraal Therapeut aangesloten bij de NCSV, verklaart zich hierbij zeer vertrouwelijk om te gaan met uw gegevens en deze worden niet besproken met derden. Tenzij u daarvoor toestemming verleent.

Handtekening .....