

Anamneseformulier

Gelieve dit formulier zorgvuldig in te vullen. Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld.

Persoonlijke gegevens

Naam:

Voornaam:

E-mail:

Telefoonnummer:

Contactpersoon (in geval van nood):

Gezondheidsanamnese

Datum: ____ / ____ / ____

Bent u zwanger of probeert u zwanger te worden?

☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing

.....

Heeft u regelmatig last van hoge of lage bloeddruk?

☐ Ja ☐ Nee

Indien ja, graag toelichten:

.....

Neemt u momenteel medicatie?

☐ Ja ☐ Nee

Indien ja, welke en waarvoor:

.....

Heeft u allergieën (bv. voeding, medicatie, huidreacties)?

☐ Ja ☐ Nee

Indien ja, graag specificeren:

.....

Klachten of aandachtspunten waarvoor u langskomt:

.....

.....

Is er nog iets over uw gezondheidstoestand dat u belangrijk vindt om te vermelden?

.....

.....

Ik verklaar dat bovenstaande informatie correct en volledig werd ingevuld.

Handtekening: **Datum:** ____ / ____ / ____