**Voedingsanamnese**

Voedingsadvies Rotterdam Lisa Goudzwaard

Graag invullen en per mail retourneren

## Persoonsgegevens

**Datum invullen formulier:**

|  |
| --- |
| Naam:  |
| Adres:  |
| Postcode: Woonplaats: |
| Telefoonnummer:  |
| Geboortedatum: vrouw |
| Beroep: -- |
| Emailadres: |

|  |
| --- |
| Bent u doorverwezen? ja/nee Welke arts? |
| Welke symptomen of klachten heeft u op dit moment en hoe lang bestaan deze al?  |
| Hoe uiten deze zich?  |
| Wat vindt u zelf de belangrijkste klachten?  |

##

## Vragen met betrekking tot de privé-leefsituatie

|  |
| --- |
| Gewicht: |
| Lengte: |
| Heeft u zorgen en/of angsten over uw gezondheid? Zo ja, waarvoor? |
| Rookt u? ja/nee |
| Gebruikt u medicijnen? ja/nee Zo ja: Welke?Wat is de dosering?Waarvoor?Vanaf wanneer? |
| Gebruikt u pijnstillers? ja/nee |
| Gebruikt u voedingssupplementen? ja/nee |

## Vragen met betrekking tot de voedingsgewoonten

|  |
| --- |
| Eet u in het algemeen: zeer veel/ veel/ matig/weinig? |
| Naar wat voor eten gaat uw voorkeur? |
| Wat eet u zeer regelmatig? |
| Waarmee belegt u uw brood? |
| Hoeveel boterhammen eet u per dag? |
| Eet u iedere dag rauwkost? Met saus? |
| Wat voor soort vlees consumeert u gewoonlijk? |
| Eet u regelmatig (ongebrande) noten en zaden? |
| Welke oliën gebruikt u voor aanmaak van de rauwkost? (sla e.a.) |
| Welke oliën gebruikt u voor bakken en braden? |
| Heeft u een sterke drang naar zoet/zout/bitter/vet voedsel? |
| Kunt u gemakkelijk een maaltijd overslaan? |
| Heeft u regelmatig vreetbuien? |
| Drinkt u koffie? ja/nee Zo ja, hoeveel kopjes drinkt u gemiddeld per dag? |
| Heeft u na een maaltijd vaak last van een opgeblazen gevoel? ja/nee |
| Bent u allergisch voor bepaalde voedingsmiddelen?Zo ja, na het eten van welke voedingsmiddelen heeft u dit vooral? |
| Gebruikt u alcoholische dranken? ja/neeZo ja, welke en hoeveel per dag? |
| Heeft u wel een dieet gevolgd? ja/neeZo ja, welk dieet en waarvoor? |
| Welke resultaten hebben deze diëten u gegeven? |

##

## Vragen met betrekking tot gezondheids-(verleden)

|  |
| --- |
| Hoe was uw conditie door de jaren heen? |
| Welke operaties heeft u ondergaan? |
| Welke gezondheids manco's hebben zich in de loop der jaren gemanifesteerd en welke hiervan zijn officieel gediagnosticeerd? |
| Is ooit wel eens hypoglykemie (te lage bloedsuikerspiegel) vastgesteld? |
| Vermoedt u bij uzelf een voedselallergie? |
| Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn voor? |
| Zweet u veel? |
| Bevindt u zich veel in airco ruimten? |
| Hebt u wel eens tropische landen bezocht? (vaccinaties) |
| Leeft u in een schone leefomgeving of woont u in een omgeving met veel milieuverontreiniging? |
| Ervaart u veel stress? |
| Is uw leefomgeving lawaaiig of rustig? |
| Heeft u huidklachten? |

## Alleen voor vrouwen

|  |
| --- |
| Bent u in de overgang? ja/neeZo ja: Hoe lang al?Heeft u vroeger problemen gehad met de menstruatie? |

## Algemene vragen met betrekking tot de huidige conditie

|  |
| --- |
| Zijn uw klachten periode afhankelijk? (afhankelijk van het weer, de menstruatie of anders. Beschrijf dit kort) |
| Beschikt u over voldoende energie? |
| Hoe is uw weerstand (verkouden, griep) |
| Sport u wekelijks? Hoeveel keer per week? Welke sporten? |
| Heeft u last van pijn? ja/neeZo ja: Wat voor soort pijn?Waar zit de pijn? (locatie) |
| Heeft u last van darmklachten? |
| Hoe is uw stoelgang ten aanzien van kleur, geur, samenstelling (slijm, schuim, onverteerde resten, bloed, etc.) |
| Is uw lichaamsgewicht stabiel? |
| Is uw bloeddruk te hoog, te laag of wisselend? |
| Heeft u problemen met slapen? ja/neeZo ja: Met het in slaap vallen?Met het doorslapen?Wordt u ‘s nachts wakker, is dit een vast tijdstip of wisselend? |
| Komt u ‘s ochtends gemakkelijk en uitgerust uit bed? |
| Heeft u problemen met bewegen (lopen, staan, zitten, liggen en/of werken)? |

## Gewenst doel

|  |
| --- |
| Wat hoopt u te bereiken met deze behandeling? |
| Hoeveel tijd wilt u hiervoor uittrekken? |