Lisa Goudzwaard, Orthomoleculair Voedingsadvies

APTA Voedingsadvies Rotterdam

**Voedingsanamnese**

Aub invullen op computer, niet hand geschreven. U heeft dan voldoende ruimte om aanvullende informatie bij de vragen te schijven. De kaders breiden zich dan uit.

Mail dit formulier naar info@voedingsadviesrotterdam.nl

Datum van invullen:

**Persoonsgegevens**

|  |
| --- |
| Naam:  |
| Adres:  |
| Postcode:  |
| Telefoonnummer:  |
| Geboortedatum: man/vrouw  |
| Beroep:  |
| Emailadres: |
| SKYPE naam:  |

|  |
| --- |
| 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, waarover? |  |
| Rookt u? ja/nee  | ja / nee |
| Gebruikt u medicijnen? Zo ja: Welke?Wat is de dosering?Waarvoor?Vanaf wanneer?  | ja / nee |
| Gebruikt u pijnstillers? Zo ja, welke? |  ja / nee |
| Gebruikt u voedingssupplementen? Zo ja, welke en wat is de dosering? | 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? |  |
| Hoeveel gram groenten eet u gemiddeld per dag? |  |
| 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?  | ja / nee |
| Heeft u regelmatig vreetbuien?  | ja / nee |
| Eet u zoete versnaperingen tussendoor om uw energie op te wekken? | ja / nee |
| Drinkt u koffie? Zo ja, hoeveel kopjes drinkt u gemiddeld per dag?  |  ja / nee aantal:  |
| 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? | ja / nee  |
| Gebruikt u alcoholische dranken? Zo ja, welke en hoeveel per dag? | ja / nee |
| Heeft u wel een dieet gevolgd? Zo ja, welk dieet en waarvoor? | ja / nee  |
| Welke resultaten hebben deze diëten u gegeven? |  |

**Vragen met betrekking tot gezondheids-(verleden)**

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe was uw conditie door de jaren heen?  | goed/ matig/slecht |
| 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? | ja / nee |
| Is er insulineresistentie of Diabetes? | ja / nee |
| Vermoedt u bij u zelf een voedselintolerantie?Zo ja, welke? | ja / nee |
| Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn voor? |  |
| Zweet u veel? |  ja / nee |
| Bevindt u zich veel in airco ruimten?  |  ja / nee |
| Hebt u wel eens tropische landen bezocht? (vaccinaties), hoe lang is dit geleden? | ja / nee |
| Leeft u in een schone leefomgeving of woont u in een omgeving met veel milieuverontreiniging?  | schoon, natuur /stad, industrie, milieu verontreining |
| Ervaart u veel stress?  | ja / nee |
| Heeft u een burnout gehad? Zo ja, hoe lang geleden en hoe lang duurde deze? | ja / nee  |
| Is uw leefomgeving lawaaiig of rustig?  | ja / nee |
| Heeft u huidklachten? Zo ja, welke? | ja / nee |

**Alleen voor vrouwen**

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u in de overgang? (hormonen nemen af)Zo ja, hoe lang al?  | ja / nee |
| Bent u in de menopauze? (menstruatie langer dan 2 jaar gestopt)Zo ja, hoe lang al? | ja / nee |
| Heeft u (vroeger)problemen (gehad) met de menstruatie?  | ja / nee |
| Slikt u de anticonceptiepil? Zo ja, welke | ja / nee |
| Heeft u nu een Mirena spiraal of er een gehad? | ja / nee |
| Heeft u oestrogeendominantie klachten (zie Hormonale vragenlijst) | ja/ nee |

**Algemene vragen met betrekking tot de huidige conditie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zijn uw klachten periode afhankelijk? (afhankelijk van het weer, de menstruatie of anders. Beschrijf dit kort) | ja / nee |
| Beschikt u over voldoende energie?  | ja / nee |
| Hoe is uw weerstand (verkouden, griep)  |  |
| Sport u wekelijks? Hoeveel keer per week? Welke sporten?  |  |
| Heeft u last van pijn?Zo ja: Wat voor soort pijn?Waar zit de pijn? (locatie) | ja / nee |
| 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?(noteer uw bloeddruk als u dit recent heeft gemeten) | hoog /laag/ wisselendBloeddruk: |
| Heeft u problemen met slapen?Zo ja: Met het in slaap vallen? Met het doorslapen? Wordt u ‘s nachts wakker, is dit een vast tijdstip of wisselend?  | ja / neeja / neeja / neeja / neetijdstip: |
| Komt u ‘s ochtends gemakkelijk en uitgerust uit bed?  | ja / nee |
| Heeft u problemen met bewegen (lopen, staan, zitten, liggen en/of werken)? Zo ja, waarmee? | ja / nee |
| Heeft u amalgaam vullingen? Zo ja, hoeveel? | ja / nee |

**Gewenst doel**

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

**Heeft u darmklachten vul dan ook de vragenlijst voor darmklachten in.**