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](mailto: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/ wisselend  Bloeddruk: |
| 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 / nee  ja / nee  ja / nee  ja / nee  tijdstip: |
| 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.**