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: |
| Contact via: Whatsapp/ SKYPE ,(doorhalen wat niet van toepassing is)  Indien via Skype, uw Skypenaam: |

|  |
| --- |
| 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 samenwerking**

|  |
| --- |
| **Wat motiveerde je om contact met mij op te nemen en samen te werken?** (als ik je beter leer kennen, kan ik je beter helpen) |
|  |
| **Wat is één klein ding die je kan doen om je dichter bij je doel te brengen?** (Lange termijn doelen zijn belangrijk, maar met kleine doelen maken we de grote mogelijk. Dus wat is voor jou op korte termijn haalbaar en geeft je geen stress? Het maakt niet uit wat, maar het moet wel met je gezondheid te maken hebben) |
|  |

**Vragen met betrekking tot de privé-leefsituatie**

**Gebruikt u medicijnen?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicijn** | **Dosering** | **Waarvoor?** | **Sinds** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Gebruikt u supplementen?**

**(bij meer dan 5 supplementen graag op apart document opsturen)**

Bij nutriënten graag de soort op schrijven. Dus niet alleen ‘magnesium’, maar bijv. ‘magnesium tauraat’. Of niet alleen B12, maar bijvoorbeeld B12 ‘methylcobaline’.

Dit staat altijd op het etiket vermeldt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Supplement** | **Dosering** | **Waarvoor?** | **Sinds** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewicht |  |
| Lengte |  |
| Heeft u zorgen en/of angsten over uw gezondheid? Zo ja, waarover? |  |
| Rookt u? ja/nee | ja / nee |
| Gebruikt u pijnstillers? Zo ja, welke? | 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? |  |
| 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/vetten 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 eens 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 |
|  |  |
| 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 verontreiniging |
| Heeft u nu of in het verleden schimmels of vocht in uw huis, werklocatie of auto? Indien ja, vul de Biotoxine test in. |  |
| Heeft u als kind in een huis gewoond met schimmels/vocht? Indien ja, vul de BioToxine test in. |  |
| 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 |

**Vragen bij jeuk**

|  |  |
| --- | --- |
| Lokalisatie van de jeukklachten; indien de jeuk nu over heel het lichaam is, waar is het begonnen? |  |
| Zijn de klachten geleidelijk of plotseling ontstaan?  Naar aanleiding waarvan?   |  | | --- | | Gebruik van nieuw geneesmiddel, gebruik van nieuwe shampoo, zeep of een ander zelfzorgmiddel? | | Burnout/bijnieruitputting? | | Overgang/menopauze? | |  |
| Houdt de jeuk 's nachts op (vaak bij psychogene jeuk)?  Psychogene jeuk: Bij tal van leverziekten worden grote hoeveelheden **endogene opioïden** geproduceerd die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van **jeuk**. Deze vorm van **jeuk** ontstaat zonder aanwijzingen voor blijvende beschadiging in het centrale of perifere zenuwstelsel en ook zonder toedoen van histamine. |  |
| Woonsituatie: Is er centrale verwarming, zijn er huisdieren, zijn er meerdere mensen in de omgeving die last hebben van jeuk? |  |
| Is er sprake van chronische nierinsufficiëntie? Zijn er nierproblemen/nierschade? |  |
| Zijn er factoren die de jeuk doen verergeren, o.a. droge lucht, zon, wijn, specerijen, kleurstoffen, stromend water, afkoeling van de huid? |  |
| Zijn er factoren die de jeuk kunnen onderdrukken: medicamenten, voedingssupplementen, zalven etc.? |  |
| Welke maatregelen neemt u nu tegen de jeuk en hoe is het effect daarvan? |  |

**Vragen met betrekking tot de werksituatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u plezier in uw werk? |  |
| Hoe ziet uw werkomgeving eruit? (binnen/buiten, frisse lucht, bedompt, schoon/vuil) |  |
| Doet u fysiek werk? |  |
| Werkt u in de zorg? |  |

**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 histamine klachten, darmklachten, hormonale klachten of biotoxine klachten, vul dan ook de betreffende vragenlijst in..**