Lisa Goudzwaard

online hulp bij MCAS, HIT en voedselintolerantie

**Anamnese** formulier

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@lisagoudzwaard.nl

Datum van invullen:

**Persoonsgegevens**

| Naam:  |
| --- |
| Adres:  |
| Postcode & Plaats: |
| Telefoonnummer:  |
| Geboortedatum: man/ vrouw  |
| Beroep:  |
| Emailadres:  |
| Contact voorkeur via: telefonisch/ ZOOM (verwijderen wat niet van toepassing is) |

| 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**

**Gebruik je medicijnen?**

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

**Gebruik je 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 ‘methylcobalamine’.

En hoeveel mg/mcg of andere maateenheid. 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 het toxische belastingen en mestcelreacties**

Kruis aan met een ‘x’ in alleen in het meest linkervak

|  | **Klachten overzicht** | **Myc** | **Bar** | **Bor** | **Bab** | **MCA** | **Sal** | **Oxa** | **Kop** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hoofd, nek, sensorisch** |
|  | Hoofdpijn achterhoofd |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hoofdpijn voorhoofd |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hoofdpijn heel het hoofd |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Migraine |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Elektrische shock sensaties |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ijspriem pijn sensaties, alsof iemand je prikt |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lokale zenuwpijn |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Neuropathie (periferaal) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nekpijn |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Duizeligheid |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Overgevoelig voor licht, aanraking, geluiden, voeding, chemische stoffen, EMF |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pseudo beroerte, dyskinesia, Bell’s palsy (eenzijdige gezichtsverlamming) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gevoel van vibratie of trilling in lichaam, vaak in ruggegraat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gevoelloosheid en tintelingen |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Maag en darmkanaal** |
|  | Brandend maagzuur |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Winderigheid |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Buikpijn |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Diarree of obstipatie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Misselijkheid/overgeven |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Candida |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Parasieten of bacteriële infectie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zanderige brandende ontlasting |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spieren en gewrichten** |
|  | Gewrichts- of spierpijn |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gewrichtspijn met ochtendstijfheid |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Spierkramp/pijnlijke spieren |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Artritis |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Scoliose |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Osteoporose |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hersenen** |
|  | Een brandend, kruipend gevoel in de hersenen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Draaiduizeligheid |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vibrerende of pulserende sensatie die op en neer gaan in de ruggengraat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Meningitis |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Encephalitis (ontstoken hersenen) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Myelitis (ontstoken ruggengraat) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Epilepsie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Emotionele instabiliteit, stemmingswisselingen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (Plotse) intense angst en paniekaanvallen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (Intense) depressie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Depersonalisatie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Derealisatie, hallucinatie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hersenmist/brainfog |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ernstige cognitieve problemen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gedragsproblemen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razende gedachten die niet lijken te stoppen |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cardiovasculair** |
|  | Pijn op de borst |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tachycardie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Oedeem, vocht vasthouden |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hoge bloeddruk |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Lage bloeddruk |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Flauwvallen-duizeligheid |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hormonaal** |
|  | Oestrogeendominantie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hypothyreoïdie (trage schildklier) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nachtzweten |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Menstruatie buikpijn |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PMS |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Aankomen of afvallen in gewicht |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dysregulatie lichaamstemperatuur |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Koude handen en of voeten |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Hypoglycemie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Insulineresistentie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Urinaal** |
|  | Vaak moeten plassen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Blaas- of bekkenpijn of blaasontsteking |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vulvodynia |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Brandende pijn bij het plassen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Clitorale pijn (vrouwen) of penispijn(mannen) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pijn, brandend, bij aanraken vagina en schaamstreek |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Scherp ruikende urine |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Huid-haar-nagels** |
|  | Huiduitslag door koude of warmte |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Brandende handen/voeten, lippen, gevoelig tandvlees en tanden |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Netelroos |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Acne |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Eczeem |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zwakke nagels, bros haar, droge huid |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gevoelige huid, verbrand snel |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Commerciele verzorgingsproducten geven jeuk, brandende huid of roodheid |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Keel, neus, oor** |
|  | Loopneus, sinusitis, bronchitis |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kriebel in de keel, moeite met doorslikken |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gezwollen lymfeklieren, keelpijn |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tinnitus |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Circulatie/bloed** |
|  | POTS |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bloedarmoede |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diversen** |
|  | Vreemde tics en spasmen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (Chronische) vermoeidheid/malaise |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kortademigheid, ademtekort |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Astma |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Extreme dorst |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Metaalsmaak in de mond |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verhoogd cholesterol |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Voedselallergie of intolerantie |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gevoelig voor medicatie en supplementen |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Klachten direct na het eten van voeding:**

Kruis aan wat van toepassing is.

| Roodheid gezicht |  |
| --- | --- |
| Zweten |  |
| Tachycardie |  |
| Jeuk |  |
| Gezwollen tong |  |
| Moeite met ademhalen |  |
| Opgeblazen buik |  |
| Winderigheid |  |
| Diarree |  |
| Misselijkheid |  |
| Vermoeidheid |  |

**Vragen met betrekking tot de voedingsgewoonten**

| Eet u in het algemeen: | veel/matig/weinig |
| --- | --- |
| Naar wat voor eten gaat uw voorkeur?  | zoet/zout/vet/bitter |
| Wat eet u zeer regelmatig?  |  |
| Hoeveel boterhammen eet u per dag? |  |
| Eet u 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/zuur (verwijder wat niet van toepassing is) |
| Kunt u gemakkelijk een maaltijd overslaan?  |  |
| Heeft u regelmatig vreetbuien?  |  |
| Eet u zoete versnaperingen tussendoor om uw energie op te wekken? |  |
| Drinkt u koffie? Zo ja, hoeveel kopjes drinkt u gemiddeld per dag?  |  |
| Heeft u na een maaltijd vaak last van een opgeblazen gevoel?  |  |
| Bent u allergisch voor bepaalde voedingsmiddelen? Zo ja, na het eten van welke voedingsmiddelen heeft u dit vooral? |  |
| Gebruikt u alcoholische dranken? Zo ja, welke en hoeveel per dag? |  |
| Heeft u wel eens een dieet gevolgd? Zo 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? |  |
| 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), hoe lang is dit geleden? |  |
| Leeft u in een schone leefomgeving of woont u in een omgeving met veel milieuverontreiniging?  |  |
| 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?  |  |
| Heeft u een burnout gehad? Zo ja, hoe lang geleden en hoe lang duurde deze? |  |
| Is uw leefomgeving lawaaiig of rustig?  |  |
| Heeft u huidklachten? Zo ja, welke? |  |

**Alleen voor vrouwen**

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

**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?Ja |
| --- |
| Burnout/bijnieruitputting?Ja |
| Overgang/menopauze? Lijkt wel zo |

 |  |
| 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) |  |
| --- | --- |
| 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?Zo 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?(noteer uw bloeddruk als u dit recent heeft gemeten) |  |
| 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 |
| Komt u ‘s ochtends gemakkelijk en uitgerust uit bed?  |  |
| Heeft u problemen met bewegen (lopen, staan, zitten, liggen en/of werken)? Zo ja, waarmee? |  |
| Heeft u amalgaam vullingen? Zo ja, hoeveel? |  |

**Gewenst doel**

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