

BIORESONANTIE

Datum: _____

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon Thuis: _____

Mobiel: _____

Huisarts: _____

Tel: _____

Geboortedat.: _____

Lengte _____ Gewicht: _____

Email-Adres: _____

Beroep: _____

Hobby's: _____

Kinderen: _____

Reden van komst: _____

Wanneer is de klacht begonnen:

Wat heeft U er al mee gedaan: _____

Wanneer heeft U het meeste last van de klacht:

Bent U voor deze klacht onder behandeling bij een specialist of andere therapeut?

Wat verwacht U van de behandelingen, doel?

Gebruikt U medicijnen, kruiden, voedingssupplementen of homeopathische geneesmiddelen?

Zo ja, welke, dosering, frequentie van inname:

Heeft U buiten bovengenoemde klacht nog andere klachten?

Heeft U operaties ondergaan? Welke?

Heeft U lichaamsvreemde elementen in uw lichaam zoals: pacemaker, buisjes, spiraaltje, platen, schroeven, pearingen, etc.?

Heeft U een chronische ziekte? Zo ja, welke?

Bent U als kind veel ziek geweest?

Slaapt U goed? Ja / nee. Zo nee, waar heeft U last van? Niet goed inslapen, doorslapen, transpireren, dromen, e.d.?

Voedingspatroon

Wat eet U gewoonlijk als ontbijt?

Lunch?

Diner?

Tussendoor?

Wijkt Uw voedingspatroon in het weekend veel af?

Gebruikt U alcohol? Ja / Nee Hoeveel?

Gebruikt U koffie? Ja / Nee Hoeveel?

Rookt U? Ja / Nee Hoeveel?

Gebruikt U drugs? Ja / Nee Hoeveel, welke?

Snoept U veel? Ja / Nee Hoeveel, wat?

Groot dorstgevoel? Ja / Nee Hoeveel?

Vrouwen

Duur menstruatiecyclus: _____ dagen.

Duur van de menstruatie: _____ dagen.

Menstruatieklachten: _____

PMS klachten: _____

Gebruikt u een anticonceptiepil of ander voorbehoedsmiddel? _____

Heeft U kinderen gebaard, hoe verliepen de zwangerschappen en de bevallingen?

Miskramen? _____

Levenloos ter wereld gekomen? _____

Bent U in de overgang Ja / Nee Sinds:

Heeft U hier klachten door (gehad)?

Bent U zwanger of zou dat kunnen? _____

Wilt u op onderstaande klachtenlijst aankruisen waar u vaak of wel eens last van heeft?

Hoofd:

hoofdpijn, migraine

haaruitval

Ogen:

bril

contactlens

overig: _____

Oren:

suizingen

duizeligheid

pijn / jeuk

minder goed horen

afscheiding

overig: _____

Neus:

niet goed door neus kunnen ademen

ruiken

neusbloedingen

afscheiding

scheef neustussenschot

overig: _____

Spijvertering:

maag: oprispingen

brandend maagzuur/ branden/pijn

misselijkheid / braken

darmen: ontlasting, vast

O diarree / wisselend

O buikpijn, wanneer

O slecht verdragen bepaalde voeding

O welke? _____

Skelet, spieren, gewrichten?

O wervelkolom, waar? _____

O schouder re / li _____

O armen re / li _____

O handen re / li _____

O heupen re / li _____

O benen re / li _____

O voeten re / li _____

O krampen, waar? _____

O pijn? _____

Gebit:

O amalgaamvullingen

O bloedend tandvlees

O pijn

Keel / Hals

O keelpijn

O slikproblemen

O heesheid

O overig: _____

Lymfe:

vochtophoping / oedeem, waar? _____

ongewone blauwe plekken

slecht genezende wonden

Urinewegen:

nierklachten

blaasklachten, chronisch / acuut

moeite met urine ophouden

overig: _____

Ademhaling / Hart / Bloedsomloop

benauwd

kortademig

hoesten

hoge bloeddruk

pijn in de borststreek

hartkloppingen / onregelmatige hartslag

Psychische toestand

Hoe zit U in Uw vel?

lekker

energiek

moe

gespannen

onrustig

angstig

huilerig

slecht geheugen

slechte concentratie

O gebrek aan zelfvertrouwen

O overig: _____

Opmerkingen: _____
