



Praktijk voor
Klassieke Homeopathie
Manon Bruins

Formulier ziektebiografie (mail naar: info@manonbruins.nl)

Naam	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
E-mail	
Beroep	
Relatiestatus: <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Gehuwd/geregistreerd partnerschap <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe/weduwnaar <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	

Welke klachten speelden de afgelopen periode het meest? Noteer er één of twee. Dit mogen ook emotionele klachten of gevoelens zijn. Omcirkel per klacht het cijfer dat het beste past.

Symptoom/klacht 1: _____

1 2 3 4 5 6 (1 = weinig last, 6 = heel veel last)

Symptoom/klacht 2: _____

1 2 3 4 5 6 (1 = weinig last, 6 = heel veel last)

Welke bezigheid is belangrijk voor u en lukte de afgelopen periode minder goed door de klachten? Dit kan iets lichamelijks, sociaals of iets waarbij u moet nadenken zijn.

Welke medicijnen en/of voedingssupplementen gebruikt u?

Zijn er medische diagnoses vastgesteld? Zo ja, welke?

Familiegeschiedenis

Relatie	In leven / gestorven	Leeftijd	(Chronische) ziekten/klachten	Oorzaak overlijden
Vader				
Vader van vader				
Moeder van vader				
Moeder				
Vader van moeder				
Moeder van moeder				
Broer				
Zus				
Kinderen				

Vaker voorkomende ziekten in de familie (betrek hierin ook tantes, ooms, neven en nichten).

Zwangerschap en geboorte

Waren er tijdens de zwangerschap van uw moeder bijzonderheden of problemen?

Heeft uw moeder tijdens de zwangerschap medicijnen of andere middelen gebruikt (zoals alcohol of drugs)?

Waren er bijzonderheden of problemen rond uw bevalling of geboorte?

Heeft u borstvoeding gekregen? Zo ja, hoe lang?

Hoe verliep de ontwikkeling van u als kind (zoals tandenkrijgen, zitten, staan, lopen, praten, zindelijk worden en groei)? Noteer alleen bijzonderheden.

Bent u gevaccineerd? Zo ja, waren er reacties of bijwerkingen?

Algemene vragen (streep door wat niet van toepassing is)

Hoe slaapt u?	Goed / onderbroken Slaap positie: rug / linkerzij / rechterzij / buik Wordt u fit wakker? Ja / nee
Heeft u het eerder warm of koud?	Warm / koud
Transpireert u makkelijk, waar en wanneer?	Ja/Nee Waar: hoofd / rug / borst / voeten Wanneer: inspanning / in bed
Hoe is de ontlasting?	Hard/zacht/brijig/diarree/steeds wisselend Hoe vaak heeft u ontlasting? De kleur: lichtbruin / middel / donker / anders
Heeft u vaak dorst of juist niet?	Dorst: Ja/ nee Hoeveel glazen water per dag? Hoeveel koffie Hoeveel alcohol Wat drinkt u verder nog dagelijks?
Wat zijn uw voedingsvoorkeuren?	Zoet / hartig / pittig Brood of warm eten?
Waar houdt u qua voeding absoluut niet van?	
Voedingsallergie	Ja / nee Zo ja, welke?