



Datum van invullen:	
Naam:	
Adres:	
Postcode & plaats:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Geboortedatum:	
Man / vrouw	
Huisarts:	
Huisarts telefoonnummer:	
Zorgverzekeraar	
Zorg verzekerdenummer (polis)	
Alternatieve geneeswijze als extra polis afgesloten?	
BSN-nummer	
Kruisvereniging Brabant 15%	Lidmaatschapnummer:

- Berichtgeving/overleg met huisarts toegestaan, indien nodig? Ja / nee

- Bent u onder behandeling van artsen / therapeuten?
Zo ja welke: Ja / nee

.....
.....

- Bent u onder behandeling van specialisten?
Zo ja welke: Ja / nee

.....
.....

- **Waar wilt u van af?** Geef korte omschrijving:

.....
.....

- **Wat heeft de hoogste prioriteit?**

.....

- **Wat wilt u bereiken?** Geef korte omschrijving:

.....





- In hoeveel tijd schat u in dat uw doel is bereikt / uw lichaam nodig heeft om te herstellen?

.....
.....

- Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee
Zo ja, welke en welke dosering? ([graag meenemen naar het consult](#))

.....
.....
.....

- Gebruikt u pijnstillers? Ja / Nee
Zo ja, welke, hoeveel en hoe vaak? ([graag meenemen naar het consult](#))

.....
.....

- Gebruikt u voedingssupplementen? ([graag meenemen naar het consult](#)) Ja / Nee
Zo ja, welke en welke dosering?

.....
.....

- Vindt u zichzelf stressgevoelig? Ja / Nee
Zo ja, heeft u dit altijd al in meer of mindere mate gehad of is dit iets dat eigenlijk niet bij u hoort?

.....
.....

- Heeft u zorgen en/of angsten omtrent het een of ander? Ja / Nee
Zo ja, waarvoor?

.....
.....
.....

- Vindt u dat uw beroepsuitoefening gepaard gaat met veel stress? Ja / Nee
Zo ja, waarom en in hoeverre heeft u hier last van?

.....
.....

- Is ooit wel eens hypoglykemie (te lage suikerspiegel) vastgesteld? Ja / Nee





-
- Bent u diabetes? Ja / Nee
 - Heeft u implantaten? Ja / Nee
 - Heeft u een pacemaker? Ja / Nee
 - Bent u zwanger? Ja / Nee
 - Werkt u veel met beeldschermen? Ja / Nee
 - Maakt u veel gebruik van de mobiele telefoon? Ja / Nee
 - Hoe is uw conditie? Uitstekend / Redelijk / Matig / Slecht
 - Beschikt u over voldoende energie? Ja / Redelijk / Nee
 - Rookt u? Ja / Nee
 - Drinkt u alcohol? Ja / Nee
 - Volgt u een dieet? Ja / Nee
 - Bent u een vegetariër? Ja / Nee
 - Heeft u overgewicht? Ja / Nee
 - Is uw gewicht stabiel? Ja / Nee / Wisselend
 - Bevatten uw kiezen vullingen? Ja / Nee
Zo ja, welke: amalgaam / composiet
 - Heeft u voedselallergieën, contactallergieën of inhalatieallergieën? Ja / Nee
 - Heeft u regelmatig last van infecties (oor-, neus-, huid-, long- etc.)? Ja / Nee
Zo ja, welke?
 -
 -
 -
 - Bent u bevattelijk voor griep of verkoudheid? Ja / Nee
 - Heeft u problemen met slapen? Ja / Nee
Wordt u uitgerust wakker? Ja / Nee
Wordt u voortijdig wakker? Ja / Nee
-



- Doet u preventief aan: beweging / sport / yoga / meditatie
- Lichamelijke gezondheid door het leven: goed / gemiddeld / matig
- Geestelijke gezondheid door het leven: goed / gemiddeld / matig
- Heeft u op dit moment klachten (fysiek/emotioneel/mentaal)? Ja / Nee
Zo ja, welke?

.....
.....
.....
.....

- Hieronder kunt u nog overige opmerkingen opschrijven:

.....
.....
.....
.....
.....

Dit formulier is naar waarheid ingevuld.

Datum:

Handtekening:

Graag ontvang ik dit formulier uiterlijk twee dagen voor onze afspraak ingevuld retour via info@hanswijkvitaliteitcoach.nl .

Dank voor uw medewerking; uiteraard ga ik zeer vertrouwelijk om met uw gegevens en worden deze zonder uw toestemming niet besproken met derden.

