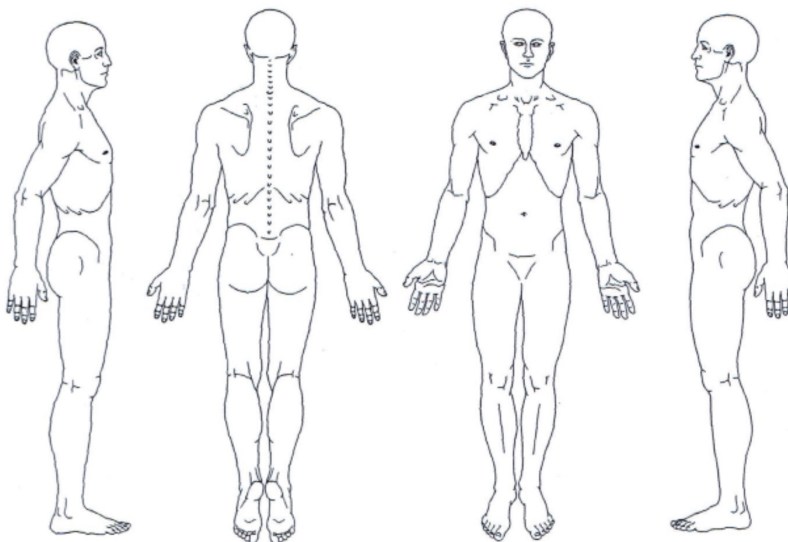


# ANAMNESEFORMULIER

NAAM	
ADRES	
POSTCODE + WOONPLAATS	
TELEFOON	
EMAIL	
GEB. DATUM	
GESLACHT	M / V
BEROEP	
ZORGVERZEKERING	
HUISARTS/ SPECIALIST	

OMSCHRIJF HIERONDER IN HET KORT HET KLACHTENPATROON EN TEKEN DEZE IN.



WAT IS DE OORZAAK VAN DE KLACHT(EN)?

EN SINDS WANNEER HEEFT U DE KLACHTEN?

MET WAT VOOR CIJFER ZOU U DE KLACHT KUNNEN OMSCHRIJVEN IN DE SCHAAL VAN 1 TOT 10 OPLOPEND.

FACTOREN DIE DE KLACHT VERMEERDEREN

FACTOREN DIE DE KLACHT VERMINDEREN

BENT U MET DE KLACHT BIJ DE HUISARTS, SPECIALIST OF ANDERE THERAPEUT GEWEEST?  
ZO JA, WELKE EN WANNEER

BENT U OOIET GEOPEREERD ?  
WAARAAN & WANNEER?

HEBT U OOIET IETS GEBROKEN?  
WAT & WANNEER?

BENT U ERNSTIG ZIEK GEWEEST?  
WELKE ZIEKTE EN WANNEER?

ZIJN ER NOG ANDERE ZAKEN VAN BELANG?

BENT U ERGENS ALLERGISCH VOOR?

GEBRUIKT U MEDICIJNEN?

WELKE & WAARVOOR ?

## LEEFSTIJL

WELKE SPORT BEOEFENT U?  
HOE VAAK PER WEEK?  
HOBBY'S?

WAT ZIJN UW WERKZAAMHEDEN?

EN HOEVEEL UREN PER WEEK WERKT U?

ERVAART U VEEL STRESS?

WAT IS HIERVAN DE OORZAAK?

ROOKT U? HOEVEEL?

HOE ZIJN UW EETGEWOONTES?

**HIERONDER DE MOGELIJKHEID VOOR AANVULLENDE INFORMATIE**

**0** *De cliënt verklaart hierbij dat hij/zij alle vragen heeft begrepen en naar waarheid heeft ingevuld.  
Tussentijdse veranderingen zullen direct worden doorgegeven aan de therapeut.*

**0** *De cliënt geeft toestemming voor Dry Needling*

**0** *De cliënt heeft het privacy beleid op de website [www.Trimas.nl](http://www.Trimas.nl) gelezen en geeft hierbij toestemming voor de verwerking van de dossiers en facturen.*

**DATUM:**

**NAAM:**

**HANDTEKENING:**