



Anamnese Formulier Neurofeedback Training

s.v.p invullen en bij de intake meenemen

Bij kinderen kunnen de ouders uiteraard dit formulier invullen, eventueel in overleg met het kind.

Naam	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geb datum	
Telefoonnr	
e-mail adres	
Naam huisarts	
Adres en telefoonnummer huisarts	
Naam specialist	
Bij welke zorgverzekeraar verzekering bent U verzekerd?	
Wat is de diagnose en door welke arts is de diagnose gesteld?	
Wat is het probleem of wat zijn Uw klachten?	
Hoe lang bestaan deze problemen / klachten al?	
Welke medicijnen gebruikt U? svp bijsluiter meenemen	
Kunt U een half uur zonder onderbreking stil zitten?	
Ziet U goed, bril of contactlenzen?	
Hoort U goed?	
Is er sprake van ADHD, ADD of dyslexie?	
Is er sprake van Asperger, NLD of PDD-NOS	
Is er sprake van een verstandelijke handicap ?	
Zo ja hoe hoog is het IQ?	
Is er sprake van angststoornissen of angstaanvallen ?	
Zo ja, onder welke omstandigheden?	
Is er sprake van hyperventilatie?	
Is er sprake van hartkloppingen of hart ritme stoornissen?	
Is er sprake van traumatische gebeurtenissen in Uw verleden? Emotioneel, lichamelijk of psychisch.	



Is er sprake van hoog sensitieve gevoelens?	
Voelt U zich snel vermoeid of gespannen in grotere groepen mensen? (drukke winkels, in de stad, bij vergaderingen)	
Is er sprake van buitenzintuiglijke waarnemingen, of ervaringen, b.v. het zien van aura's, het herinneren van vorige levens, het zien horen of voelen van "andere" energieën?	
Is er sprake van slaapstoornissen? Zo, ja omschrijf het probleem?	
Hoeveel uur slaapt U gemiddeld per nacht?	
Hoe vaak wordt U wakker s'nachts?	
Kunt U dan weer gewoon verder slapen/	
Staat U s'morgens uitgerust op?	
Is er sprake van en innerlijk gespannen gevoel in hoofd of lichaam?	
Is er sprake van eet problemen?	
Is er sprake van depressiviteit?	
Gebruikt U drugs? Zo ja, welke, hoeveel en hoe vaak?	
Is er sprake van een vorm van drugsverslaving?	
Gebruikt U alcohol, wijn of bier, zo ja wat hoeveel en hoe vaak.	
Is er sprake van een vorm van alcoholverslaving?	
Is er sprake van epilepsie? Zo ja, is er sprake van grand mal (grote aanvallen) of petit mal (absences)?	
Hoe vaak heeft U een epileptische aanval?	
Als U een aanval heeft wat is voor U op dat moment de juiste hulpverlening?	
Is er sprake van een hersenletsel t.g.v. een trauma of val?	
Is er sprake van hersenletsel t.g.v. een beroerte of andere ziekte?	
Is er sprake van een whiplash trauma?	
Is er sprake van coördinatie stoornissen of spasme?	



Heeft U last van concentratie of geheugen stoornissen of een mistig gevoel in het hoofd?	
Is er sprake van chronische pijnklachten?	
Is er sprake van fibromyalgie?	
Is er sprake van chronische vermoeidheid?	
Is er sprake van ME/CVS?	
Heeft U maag of darmklachten?	
Is er sprake van het geïrriteerde darmsyndroom of spastische dikke darm?	
Welke beperkingen geven de klachten, zijn er b.v dingen die U niet meer kunt doen?	
Als U pijn heeft, wat voor soort pijn is het b.v Stekend, zeurend, drukkend, kloppend, brandend	
SVP op de tekening op blz 3 aangeven waar U pijn heeft.	
Kiest U meestal vanuit Uw verstand of vanuit Uw gevoel?	
Wat zou U willen bereiken met de training?	
Bent U bereid ook Uw eigen verantwoordelijkheid te nemen in dit trainingsproces?	
Kunt U Uw lichaam en spieren goed ontspannen?	
Heeft U al eens ontspanning oefeningen geleerd?	
Hoe lang bent U?	
Wat is Uw gewicht?	
Heeft U diabetes?	
Wat zijn de voorkeurs dagen en tijden voor het volgen van Neurofeedback Trainingen?	

- **Hersenen gebruiken glucose als brandstof, training van de hersenen vereist vaak extra brandstof, daarom dienen patiënten met diabetes iets te eten mee te nemen naar de sessie.**
- **Mobiele telefoons dienen uitgeschakeld te zijn om het te registreren signaal vanuit de hersenen niet te verstoren.**



Als U pijnklachten heeft: s.v.p. met kruisjes op de tekening aangeven waar U precies pijn heeft.

