

Anamnese formulier Neurofeedback training

• (JONG)VOLWASSENEN

S.v.p invullen en bij de intake meenemen.



1 PERSOONSgegevens

Naam	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Lengte	
Gewicht	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Naam huisarts	
Adres huisarts	
Telefoonnummer huisarts	
Naam specialist	
Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?	
Wat is de diagnose?	
Door welke arts is de diagnose gesteld?	
Wat zijn de voorkeursdagen en tijden voor het volgen van behandelingen?	

2 KLACHTOMSCHRIJVING

Wat is het probleem of wat zijn uw klachten?	
Hoe lang bestaan deze problemen/klachten al?	
Welke medicijnen gebruikt u? <i>S.v.p. bijsluiter meenemen.</i>	

3 TRAUMA's

Is er sprake van:

Traumatische gebeurtenissen in uw verleden? JA NEE emotioneel lichamelijk psychisch

Zo ja licht dit toe bij de intake.

4 MOGELIJKE AANDOENINGEN

Is er sprake van:

1. Diabetes?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
2. ADHD, ADD of Dyslexie?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
3. Asperger, NLD of PDD-NOS?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
4. Een verstandelijke handicap?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	Zo ja, hoe hoog is het IQ?
5. Angststoornissen of angstaanvallen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
6. Innerlijk gespannen gevoel in hoofd of lichaam?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
7. Eetproblemen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
8. Depressiviteit?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
9. Hyperventilatie?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
10. Hartkloppingen of hartritmestoornissen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
11. Hoog sensitieve gevoelens?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	
12. Buitenzintuiglijke waarnemingen of ervaringen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	

Heeft u een of meerdere bovenstaande vragen met ja beantwoord geef dan hier per vraag een korte toelichting.

Vergeet hierbij niet het nummer van de vraag te vermelden!

5 SLAAP/WAAK PROBLEMEN

Is er sprake van slaapstoornissen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
<i>Zo ja, omschrijf het probleem</i>		
<hr/>		
Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?		
Hoe vaak wordt u wakker 's nachts?		
Kunt u dan weer gewoon verder slapen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
Staat u 's morgens uitgerust op?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
Houdt u een slaaplogboek bij?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>

6 DRANK- & MIDDELENGEBRUIK

Gebruikt u drugs?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
<i>Zo ja, welke, hoeveel en hoe vaak?</i>		
Is er sprake van een vorm van drugsverslaving?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
Gebruikt u alcohol, wijn of bier?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
<i>Zo ja, wat, hoeveel en hoe vaak?</i>		
Is er sprake van een vorm van alcoholverslaving?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>

7 EPILEPSIE

Is er sprake van epilepsie?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
Zo ja, zijn het	grote aanvallen (grand mal) <input type="checkbox"/> of absences (petit mal)? <input type="checkbox"/>	
Hoe vaak heeft u een epileptische aanval?		
Als u een aanval heeft wat is voor u - op dat moment - de juiste hulpverlening?		

8 HERSENAANDOENING

Is er sprake van:

Hersenletsel t.g.v. een trauma of val?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
Hersenletsel t.g.v. een beroerte of andere ziekte?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
Is er sprake van een whiplashtrauma?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>

9 LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Is er sprake van:

1. Coördinatiestoornissen of spasme?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
2. Concentratie- of geheugenstoornis?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
3. Een mistig gevoel in het hoofd?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
4. Chronische pijnlacHTen?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
5. Fibromyalgie?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
6. Chronische vermoeidheid?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
7. ME/CVS?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
8. Maag- of darmklachten?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
9. Geïrriteerde darmsyndroom	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>
10. Spastische dikke darm?	JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>

Heeft u een of meerdere bovenstaande vragen met ja beantwoord geef dan hierna per vraag een korte toelichting.
Vergeet hierbij niet het nummer van de vraag te vermelden!
