

[STRIKT PERSOONLIJK EN VERTROUWELIJK]

Vragenlijst t.b.v. de biofotonen therapie – **graag ingevuld meenemen bij eerste behandeling!**

Naam : _____ M / V
Voornaam : _____
Geboortedatum: : _____
Straatnaam en nummer : _____
Postcode en woonplaats : _____
Telefoon : _____
Email : _____
BSN Nummer (sofi.nr.) : _____

Om een beeld te krijgen van uw gezondheidstoestand willen we u vragen deze vragenlijst in te vullen. De gegevens worden gebruikt bij de samenstelling en de evaluatie van uw behandelprogramma en worden zonder uw toestemming niet aan derden verstrekt.

BELANGRIJK:

Mensen die een orgaantransplantatie hebben ondergaan en mensen met kunstmatige slangen, shunts, plastic bloedvaten of varkenshartkleppen kunnen NIET worden behandeld.

Vragenlijst: (*juiste antwoord omcirkelen)

- DEEL 1

Medische diagnose en hoofdklachten (zowel lichamelijk en geestelijk):

Wanneer zijn de klachten ontstaan? _____

Wanneer zijn de klachten het hevigst? _____

Bent u ooit geopereerd?

JA/NEE *

Zo ja, waarvoor? _____

Heeft u littekens van ongelukken en/of blessures

JA/NEE*

Zo ja, welke en waar? _____

Zijn er ooit implantaten ingebracht ?

JA/NEE*

Zo ja, welke? _____

Whiplash. Heeft u ooit een "zweepslag" met uw hoofd gemaakt ?

JA/NEE*

Heeft u ooit een hersenschudding gehad?

JA/NEE*

Zo ja, hoe? _____

Welke belangrijke ziektes / aandoeningen heeft u in het verleden gehad? _____

Welk beroep beoefent u of heeft u in het verleden beoefend? _____

• DEEL 2

KLACHTENLIJST

Wilt u ALLE onderstaande vragen beantwoorden. Het betreft een periode van de afgelopen MAAND.

Betekenis van de cijfers: 1 = vrijwel nooit; 2 = zelden; 3 = soms; 4 = vaak; 5 = vrijwel altijd
Omcirkel slechts 1 mogelijkheid als antwoord.

1. Ik heb last van slapeloosheid	1	2	3	4	5
2. Ik heb last van hartkloppingen	1	2	3	4	5
3. Ik ben prikkelbaar	1	2	3	4	5
4. Ik heb last van innerlijke onrust, gespannenheid	1	2	3	4	5
5. Ik zweet sterk zonder directe aanleiding	1	2	3	4	5

6. Ik heb last van vermoeidheid	1	2	3	4	5
7. Mijn gewicht neemt af, ik vermager	1	2	3	4	5
8. Ik heb last van diarree	1	2	3	4	5
9. Ik heb last van darmverstopping (obstipatie)	1	2	3	4	5
10. Ik ben kortademig zonder daarbij veel inspanningen te leveren	1	2	3	4	5
11. Ik heb last van steken in of pijn in de borstkas	1	2	3	4	5
12. Ik heb last van beklemmend gevoel rond de hals	1	2	3	4	5
13. Ik heb slikklachten	1	2	3	4	5
14. Ik heb aanvallen van ademtekort	1	2	3	4	5
15. Ik geeuw veel (geeuwhonger)	1	2	3	4	5
16. Ik heb last van chronisch hoesten	1	2	3	4	5
17. Ik heb last van duizeligheid	1	2	3	4	5
18. Ik heb last van concentratiestoornis	1	2	3	4	5
19. Ik heb gevoel van zwakte (van spierslapte)	1	2	3	4	5
20. Ik heb last van evenwichtstoornis	1	2	3	4	5
21. Ik heb storingen in het zien	1	2	3	4	5
22. Ik heb geheugenstoornissen	1	2	3	4	5
23. Ik heb overmatig slaapbehoefte	1	2	3	4	5
24. Ik droom veel	1	2	3	4	5
25. Ik heb last van matheid (depressieve gevoelens)	1	2	3	4	5
26. Ik heb last van huilbuien en/of huilneigingen	1	2	3	4	5
27. Ik heb last van angstgevoelens	1	2	3	4	5
28. Ik maak mij veelvuldig zorgen	1	2	3	4	5
29. Ik pieker	1	2	3	4	5
30. Ik raak seksueel niet meer geprikkeld	1	2	3	4	5
31. Ik kan bepaalde spijsen niet verdragen	1	2	3	4	5
32. Ik ben vaak misselijk	1	2	3	4	5
33. Ik heb last van brandend maagzuur	1	2	3	4	5
34. Ik heb last van een opgeblazen gevoel in de buik	1	2	3	4	5
35. Ik heb last van hoofd –en/of gelaatspijn	1	2	3	4	5
36. Ik heb last van buik –en/of onderbuikspijn	1	2	3	4	5
37. Ik heb last van rug –en/of kruispijn	1	2	3	4	5
38. Ik heb last van nek –en/of schouderpijn	1	2	3	4	5
39. Ik heb last van mijn gewrichten	1	2	3	4	5
40. Ik heb een zwaar gevoel in mijn benen	1	2	3	4	5
41. Ik heb onrust in mijn benen	1	2	3	4	5
42. Ik heb koude voeten en/of handen	1	2	3	4	5
43. Mijn gewicht neemt toe, ik word steeds zwaarder	1	2	3	4	5
44. Ik heb last van sterke dorst (ik moet bv. 's nachts veel water drinken)	1	2	3	4	5

45. Ik heb opgezwollen voeten, handen	1	2	3	4	5
46. Ik heb storingen met plassen	1	2	3	4	5
47. Ik heb last van menstratiestoornissen (bv. pijn, veel bloedverlies)	1	2	3	4	5
48. Ik heb een te hoge werkdruk en/of te veel werk	1	2	3	4	5
49. Ik vind dat mijn prestatie op mijn werk te laag wordt beloond	1	2	3	4	5
50. Ik ga met steeds meer tegenzin naar mijn werk	1	2	3	4	5
51. Ik heb de neiging me voor mijn werk ziek te melden	1	2	3	4	5
52. Het werk geeft mij geen voldoening en energie	1	2	3	4	5
53. Stress en spanning zijn niet bespreekbaar	1	2	3	4	5
54. Ik gebruik onderstaande medicijnen:					

medicijnnaam:	aantal mg.	aantal per dag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bij vraag 55 -57 uw gebruik per week graag omrekenen naar het dagelijks gemiddelde:

55. Ik drink per dag _____ koppen koffie
56. Ik rook per dag _____ sigaretten/sigaren *
57. Ik gebruik per dag _____ consumptie alcoholische dranken

58. Ik geef het volgende cijfer aan mijn gezondheidsklachten 1 2 3 4 5 6 7 8 9
(1= ik voel me gezond; 9= ik kan niet leven met mijn klachten)

• DEEL 3

Medische vragen (*juiste antwoord omcirkelen)

- Heeft u een hartafwijking of hartproblemen ? Ja / Nee *
- Heeft u een te hoge bloeddruk ? Ja / Nee *
- Heeft u problemen met uw ademhaling en/of longproblemen ? Ja / Nee *
- Bent u momenteel onder behandeling van een arts/ specialist ? Ja / Nee *
- Heeft u lichamelijke klachten die kunnen verergeren door sportbeoefening ? Ja / Nee *
- Heeft u bot-, spier-, of gewrichtsafwijkingen ? Ja / Nee *
- Heeft u op dit moment een sportblessure of hebt u die ooit gehad ? Ja / Nee *
- Bent u de afgelopen maand ziek geweest ? Ja / Nee *
- Heeft u nog opmerkingen die van belang kunnen zijn voor de behandeling ? Ja / Nee *
- Zo ja, _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Dank u voor het invullen van deze vragenlijst!!

Handtekening:

datum