# Praktijk voor Complementaire gezondheidszorg

# Nancy Popieul

0495/28.01.29

Nancy.popieul@gmail.com

[www.popieulnancy.be](http://www.popieulnancy.be)

Gelieve deze nauwkeurig in te vullen en mee te brengen bij uw eerste bezoek aan de praktijk.

Naam:

Adres:

Telefoonnr: Geboortedatum:

Naam en telefoonnr huisarts:

Reden van bezoek aan de praktijk:

Wilt u op deze tekeningen aanduiden waar u het meest last ervaart:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| download.jpg | line-drawing-of-a-human-male-clip-art_t.jpg |

* **Kun je iets vertellen over je huidige leefomstandigheden: alleenstaand – samenwonend – getrouwd – gescheiden – weduwe/weduwnaar. Heb je kinderen, zo ja hoeveel en hoe oud zijn ze?**

Hoe was het verloop van de zwangerschap en de bevalling?

* **Wat voor werkzaamheden heb je op dit moment? Welke werk heb je in het verleden gedaan?**
* **Komt u tijdens het uitoefenen van uw job in aanraking met mogelijk schadelijke chemicaliën (pesticiden, radioactiviteit etc.) zo ja dewelke?**

**VRAGENLIJST: MOGELIJKE BLOOTSTELLING AAN TOXISCHE STOFFEN**

*De vragen die wij U stellen dienen om te weten of U mogelijke blootgesteld bent aan toxische stoffen in uw omgeving*

* **UW WOONST**

***Is er in de buurt van uw woonst*? :**

 Elektrische hoogspanningskabels  Ja  Nee

 Zo ja, op welke afstand van uw woonst? ………………………..

* fabriek(en) Ja Nee - welke? ……………………………..
* een industriepark Ja Nee - op welke afstand? ……………………………..
* ervaart U er enige hinder van? Ja Nee
* een haven Ja Nee
* ***Zijn er in uw omgeving*:** - weiden Ja Nee
* - velden Ja Nee - serres Ja Nee
* ***Is er* :** - fruitteelt  Ja Nee - Bloementeelt Ja Nee

 - gebruikt men sproeistoffen (pesticiden)? Ja Ne**e**

* ***Bent U gevoelig voor*:**

**-** parfum Ja Nee - ammoniak Ja Nee

- wasproducten Ja Nee - bleekwater (javel) Ja Nee

- boenwas Ja Nee - andere ? …………………………….

* Hebt U:- allergieën Ja Nee - of ooit gehad Ja Nee

- hooikoorts Ja Nee - huidallergieën Ja Nee

- voedselallergieën Ja Nee

* ***Hebt U dieren in huis*?**  Ja Nee

- kat Ja Nee - hond Ja Nee

- andere ? …………………………………………………………………………………….

* ***Brengt U soms kleding naar de droogkuis* :**  Ja Nee
* ***Hebt U orthopedische of andere prothese(n)* :**  Ja Nee

**-Welke ? …………………………………………………………………………..**

* **UW BEROEP**

***Welke is of was uw beroep*? ……………………………………………………………………………..**

* ***Waar werkt(e) U* ? :**

- thuis Ja Nee - in een bedrijf Ja Nee

- in een fabriek Ja Nee

- ergens anders : ……………………………………………………………..….…………………

 - Werkt(e) U daar al lang? ……… Waar werkte U daarvoor? …………………..………………….

* ***Werkt(e) U* :**

- in een stad Ja Nee - buiten een stad Ja Nee

***Doet U* :** - administratief werk  Ja Nee

 - handarbeid Ja Nee

 - bandwerk Ja Nee - andere : ……………………………

* ***Is er in de buurt van uw werk*:**

- veel verkeer Ja Nee - een garage Ja Nee

- een carrosserie Ja Nee - met spuitkabine Ja Nee

- een benzinestation Ja Nee - een autobaan Ja Nee - fabriek(en) Ja Nee - een industriepark Ja Nee

- een riviertje Ja Nee - of een beekje Ja Nee

* ***Werkt(e) U met* :** - computers Ja Nee

 - fotokopiemachine Ja Nee

* - of werk(t)en andere mensen ermee in uw omgeving Ja Nee
* ***Is er voldoende verluchting waar U werkt(e)* :**  Ja Nee

- of werkt(e) U in een gesloten ruimte Ja Nee

- is er daar airconditioning Ja Nee

* **Bent u al bij de huisarts/specialist geweest? Zo ja naam en telefoonnr behandelend geneesheer**

Wat was de diagnose?

* **Welke vormen van therapie heeft u al uitgeprobeerd voor deze problemen:**

O voeding O zuiveren of vasten O vitamines en mineralen O kruiden

O homeopathie O gemmotherapie O chiropraxie O acupunctuur O klassieke geneesmiddelen

O andere

* **Neemt u momenteel geneesmiddelen zo ja dewelke:**
* Hebt U vroeger geneesmiddelen moeten innemen ? ja neen

(indien ja, welke, dosis, periodes) ….………………………………………….…………………

* Recent ? ja neen (indien ja, welke, dosis, tijdsperiode) …….….………….……………
* **Gebruik je alcohol/ drugs/ antidepressiva?**
* **Voornaamste hospitalisaties, operaties, verwondingen, etc.**

*Gelieve hieronder een korte samenvatting van Uw persoonlijke voorgeschiedenis wat ziekten, operaties en geneesmiddelengebruik betreft, te geven. Doe dit in chronologische volgorde a.u.b. :*

* **Tussen 0 en 1 jaar :**

Operaties : .…………………………………………………………………………………

Ziekten : …………………………………………………………………………………............

* **Tussen 1 en 10 jaar :**

Veelvuldige infecties : neusontstekingen keelontstekingen oorontstekingen

 Angines longontsteking infectie longen (tuberculose)

Vele antibiotica’s? ………………………………………………………………………….……

Amandelen verwijdert? ja nee - poliepen getrokken ? ja neen.

Wanneer ? …………….

Andere operaties ? ………………………………………………………………………….…….

* **Tussen 10 en 20 jaar :**

Ontstekingen : neus – keel - oren ……………………… Longen ……………………..….

 Reuma gehad ? Mononucleosis ? Geelzucht ?

Operaties : .…………………………….…………………………………………………………

Puberteit: vroeg laat voor vrouwen: leeftijd van de eerste maandstonden

* **Tussen 20 en 30 jaar :**

Infecties ? ja nee - Welke ? ………………… Mononucleosis ? …... Hepatitis ? ………

Operaties ? ………………………….…………. Ongevallen ? …………………………………

Klachten in die periode ? ……………….……………………………………………………..…

Algemene toestand toen ? ………………………………………………………………………..

Behandelingen ? ……………………………………………………………………………..…..

* **Tussen 30 en 40 jaar :**

Infecties ? ja nee - Welke ? ………………… Mononucleosis ? …... Hepatitis ? ………

Operaties ? ………………………….…………. Ongevallen ? …………………………………

Klachten in die periode ? ……………….……………………………………………………..…

Algemene toestand toen ? ………………………………………………………………………..

Behandelingen ? ……………………………………………………………………………..…..

* **Tussen 40 en 50 jaar :**

Infecties ? ja nee - Welke ? ………………… Mononucleosis ? …... Hepatitis ? ………

Operaties ? ………………………….…………. Ongevallen ? …………………………………

Klachten in die periode ? ……………….……………………………………………………..…

Algemene toestand toen ? ………………………………………………………………………..

Behandelingen ? ……………………………………………………………………………..…..

* **Tussen 50 jaar en meer :**

Infecties ? ja nee - Welke ? ………………… Mononucleosis ? …... Hepatitis ? ………

Operaties ? ………………………….…………. Ongevallen ? …………………………………

Klachten in die periode ? ……………….……………………………………………………..…

Algemene toestand toen ? ………………………………………………………………………..

Behandelingen ? ……………………………………………………………………………..…..

* **Omcirkel de hoeveelheid stress waarmee u te kampen krijgt op een schaal van 1 tot 10 (met 1 als laagste):**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* **Hoe vindt u uzelf? O te mager O te dik O juist goed**

Bent u de laatste maanden onbedoeld 5 kg of meer bijgekomen of afgevallen?

* **Recente veranderingen in uw vermogen om te**

O zien O horen O proeven O ruiken O Koude/warmte te voelen

O bewegen(rechtop zitten, staan, wandelen, lopen, dingen oprapen, uw armen op en neer bewegen, uw hoofd omdraaien, vingers bewegen)

* **Sterke voorkeur voor één van de volgende smaken:**

O zuur O bitter O zoet O vol/vet O kruidig/scherp O zout

* **Sterke afkeer voor één van de volgende smaken:**

O zuur O bitter O zoet O vol/vet O kruidig/scherp O zout

* **Wordt uw slaap elke nacht op hetzelfde uur onderbroken? Indien ja, op welk uur?**
* **Moment van de dag waarop u het meeste energie hebt of het minste last van de symptomen**

7-9u 9-11u 11-13u 13-15u 15-17u 17-19u

19-21u 21-23u 23-1u 1-3u 3-5u 5-7u

* **Moment van de dag waarop u zich het slechts voelt of wanneer de symptomen het ergst zijn:**

7-9u 9-11u 11-13u 13-15u 15-17u 17-19u

19-21u 21-23u 23-1u 1-3u 3-5u 5-7u

* **Andere zaken die van belang kunnen zijn om deze begeleiding zo vlot mogelijk te laten verlopen.**

**Gelieve de volgende vragen te beantwoorden**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lijdt U aan de volgende klachten ?** | Niet | Weinig | Matig  | Veel | Overweldigend |
|  **Kunt U slecht tegen stress ?** |  |  |  |  |  |
|  **Bent U meer vermoeid bij stress ?** |  |  |  |  |  |
|  **Bent U verward bij stress ?** |  |  |  |  |  |
|  **Is uw bloeddruk laag ?** |  |  |  |  |  |
| **Wordt U overvallen door draainissen bij het rechtstaan ?** |  |  |  |  |  |
| **Bent U bekaf rond 11 u of 16 u ?** |  |  |  |  |  |
|  **Bent U aangetrokken door gesuikerde voeding ?** |  |  |  |  |  |
| **Bent U aangetrokken door gezouten voeding (of spijzen) ?** |  |  |  |  |  |
| **Lijdt U aan spijsverteringsklachten (maag of darmklachten) ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U weinig eetlust ?** |  |  |  |  |  |
|  **Bent U mager ?** |  |  |  |  |  |
| **Verdraagt U slecht medicaties ?** |  |  |  |  |  |
|  **Bent U euforisch (te enthousiast) ?** |  |  |  |  |  |
|  **Lijdt U aan overdreven agitatie ?** |  |  |  |  |  |
|  **Bent U vermoeid in rechtstaande houding en beter liggend ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt u het gevoel te moeten urineren tijdens het rechtstaan?** |  |  |  |  |  |
|  **Is uw slaap licht, onrustig, angstig ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U moeite om (weer) in te slapen ?** |  |  |  |  |  |
| **Bent U kouwelijk in ’t algemeen ?** |  |  |  |  |  |
| **Bent U kouwelijk vooral ‘s avonds ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U last van dode witte/blauwe (winter) vingers ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U last van koude handen ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U last van koude voeten ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt u een slechte bloedsomloop?** |  |  |  |  |  |
| **Komt u makkelijk in gewicht bij?** |  |  |  |  |  |
| **Bent U dikwijls moe of futloos ?** |  |  |  |  |  |
| * **voornamelijk bij rust, wanneer u stopt met bewegen ?**
 |  |  |  |  |  |
| * **staat U moe op ‘s morgens**
 |  |  |  |  |  |
| * **hebt U soms een gevoel van verminderde vitaliteit ?**
 |  |  |  |  |  |
| * **apathie, verminderde levenslust ?**
 |  |  |  |  |  |
| **Bent U eerder traag en slaperig overdag  ?**  |  |  |  |  |  |
| * **Gemakkelijk verstrooid ?**
 |  |  |  |  |  |
| Bent U dikwijls weemoedig ? |  |  |  |  |  |
| Hebt U last van hoofdpijn ? |  |  |  |  |  |

####  Zo ja, gelokaliseerd : rond de ogen ? op de zijkant van het hoofd ?

  **achterhoofd ? Verspreid over het hele hoofd ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Is uw geheugen verminderd ? |  |  |  |  |  |
| * uw concentratie ook ?
 |  |  |  |  |  |
| Voelt U zich dikwijls zeer nerveus (gespannen)  ? |  |  |  |  |  |
| * **prikkelbaar (agressief) ?**
 |  |  |  |  |  |
| **Hebt u soms een opgezwollen gevoel?** |  |  |  |  |  |
| * rond de ogen ?
 |  |  |  |  |  |
| * gezicht ?
 |  |  |  |  |  |
| * handen en voeten?
 |  |  |  |  |  |
| Hebt u last van constipatie |  |  |  |  |  |
| Hebt u vaak weinig eetlust |  |  |  |  |  |
| Overdreven eetlust |  |  |  |  |  |
| Hebt u een trage spijsvertering? |  |  |  |  |  |
| **Hebt U regelmatig neusbloedingen ?** |  |  |  |  |  |
| **Klaagt U van trage hartkloppingen ?** |  |  |  |  |  |
| **Geraakt U vlug in ademnood ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U ‘s nachts gemakkelijk spierkrampen ?** |  |  |  |  |  |
| * **voeten**
 |  |  |  |  |  |
| * **kuiten**
 |  |  |  |  |  |
| * **handen**
 |  |  |  |  |  |
| **Hebt U spataders ?**  |  |  |  |  |  |
| **Klaagt U van stijfheid in de gewrichten (vnl. ‘s morgens) ?** |  |  |  |  |  |

 **Hebt U pijnlijke gewrichten ? Waar ? ………………**

 **Zo ja, beïnvloed door vochtig en/of koud weer ? Ja Neen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **. Lijdt U aan allergie van de luchtwegen ?**  |  |  |  |  |  |
| **Bent U vlug verkouden ?**  |  |  |  |  |  |
| **Hebt U dikwijls last van keelpijn ?** |  |  |  |  |  |
| **Is uw stem hees ‘s morgens ?** |  |  |  |  |  |
| **Lijdt U aan oorsuizen ?** |  |  |  |  |  |
| **Lijdt U aan doofheid ?**  |  |  |  |  |  |
| **Hebt U wel eens flauwteaanvallen met draainissen overdag ?** |  |  |  |  |  |

 **- rond 11 u 00 Ja Neen**

  **- rond 16 u 00 Ja Neen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Is uw huid eerder droog?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U nagels die breken, spitsen?** |  |  |  |  |  |
| * **Hebt U last van haaruitval ?**
 |  |  |  |  |  |
| * of traaggroeiend haar ?
 |  |  |  |  |  |
| **Urineert U weinig ?**  |  |  |  |  |  |
| **Drinkt U weinig ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U een permanent gevoel van warmte ?** |  |  |  |  |  |
| **Zweet U over geheel uw lichaam ?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U veel dorst ?** |  |  |  |  |  |
| **Beeft uw lichaam ?**  |  |  |  |  |  |
| Beven uw vingers? |  |  |  |  |  |
| Hebt u vaak last van hartkloppingen? |  |  |  |  |  |
| **Voelt U zich abnormaal zenuwachtig ?** |  |  |  |  |  |
| **Is uw rug meer naar voren gebogen dan vroeger ?** |  |  |  |  |  |
| **Stapelt U vet op ter hoogte van de :** |  |  |  |  |  |
| * **borsten ?**
 |  |  |  |  |  |
| * **buik ?**
 |  |  |  |  |  |
| * **dijbenen ?**
 |  |  |  |  |  |
| **Hebt U een lange tijd nodig om weer op krachten te komen na een lichamelijke inspanning ?**  |  |  |  |  |  |
| **Lijdt U aan een neiging tot depressie ?** |  |  |  |  |  |
| **Ziet U slecht : - om te lezen** |  |  |  |  |  |
| * **om ver te zien**
 |  |  |  |  |  |
| **Hebt U last van : - droge, prikkelige ogen ?** |  |  |  |  |  |
| **droge mond ?** |  |  |  |  |  |
| **voor de dames :** **droge vaginale slijmvliezen ?****vaginale jeuk?****vaginale schimmels?** |  |  |  |  |  |
| **Hebt U gewoonlijk een bleke huid ?** |  |  |  |  |  |
| **Verbrand uw huid gemakkelijk in de zon ?** |  |  |  |  |  |
| **Ondervindt U pijnen in de hartstreek bij stress of bij lichamelijke inspanningen ?** |  |  |  |  |  |
| **Lijdt U aan speen (aambeien) ?** |  |  |  |  |  |
| **Krijgt U gemakkelijk blauwe vlekken?** |  |  |  |  |  |
| **Lijdt U aan : opvliegers ?** |  |  |  |  |  |
| **zweetbuien ?**  |  |  |  |  |  |
| **Hebt U last van gewrichtspijnen ter hoogte van de :*** **hals**
* **rug bovenste ledematen ? Waar ? ……………………. onderste ledematen ? Waar ? ……………………**
 |  |  |  |  |  |
| **Moet U te dikwijls over dag gaan wateren ?** |  |  |  |  |  |
| Moet U ‘s nachts opstaan om te wateren ? |  |  |  |  |  |
| Hebt U een branderig gevoel bij het wateren ? |  |  |  |  |  |
| Voor volwassenen : |  |  |  |  |  |
| Is uw seksuele drift verminderd ?  |  |  |  |  |  |
| Lijdt U aan een vermindering van seksuele potentie ? |  |  |  |  |  |
| Voor mannen : |  |  |  |  |  |
| Groeit uw baard goed ? |  |  |  |  |  |
| Vertoont U beharing op de borstkas |  |  |  |  |  |
| **Voor dames :** |  |  |  |  |  |
| **Vertonen uw borsten een neiging tot verslappen ?** |  |  |  |  |  |
| **Voor uw maanstonden, zwellen uw borsten pijnlijk op ?** |  |  |  |  |  |
| **Voor uw maanstonden, is uw onderbuik opgezwollen ?** |  |  |  |  |  |
| **Voor uw maanstonden, bent U prikkelbaar of depressief ?** |  |  |  |  |  |
| **Zijn uw maanstonden pijnlijk op een constante wijze ?** |  |  |  |  |  |
| **of met hevige krampen ?** |  |  |  |  |  |

**- Komen uw maanstonden regelmatig ? Neen Te kort Te lang**

 **(27-31d) (26 dagen of minder) (32 dagen of meer)**

* **Ervaart u één van deze algemene symptomen?**

|  |  |
| --- | --- |
| slopende vermoeidheid slapeloosheid diarree depressie panische aanvallen geen eetlust overgeven lichte koortsHuid die snel blauwe plekken vertoont Nachtelijk zwetenOverpigmentaties of donkere vlekken op de huid ZongevoeligheidZweren op de vingers en/of de tenenOngemak of pijn aan de ogenHeesheid, schorre of knarsende stemWonden aan de mond of aan de neusUitgeput na lichte inspanning of lichaamsbewegingVerlies van controle over de spierenStijfheid van gewrichtenRugpijn, onverklaarbare breukenTerugkomende opgeblazen gevoel in buik en buikpijnBleke, slechtruikende stoelgangPijn bij het plassenHet gevoel hebben te moeten plassenPijnlijke maandstondenOvervloedige maandstonden | ademtekort constipatie hoofdpijn misselijkheid bloedingen geen zin in sex overdreven eetlust jeuk/uitslagduizeligheid Haaruitval (verlies van haar aan de voorkant en bovenkant op het hoofd)Acné Huiduitslag van ongekende oorzaak Droge ogenDroge mondMoeite met slikkenGebrek aan energiePijn en zwakte over het hele lichaamSpierzwaktePijnlijk gevoel aan de beenderen, de gewrichten en de spieren, ontstekingen en pijnOpzwelling van handen en voetenDraaierigheid bij plotse bewegingFrequent urineren (vooral ’s nachts)Extreem dorstgevoelOnregelmatige maandstondenTussentijdse bloedingen |

* **Medische geschiedenis**

|  |  |
| --- | --- |
| Artritis | Geïrriteerde darm |
| Allergie/hooikoorts | Nier- en of blaasziekte |
| Astma | Leerstoornissen |
| Auto-immuunziekten | Lever- en galblaasziekten |
| Problemen met de bloeddruk | Mentale ziekte |
| Bronchitis | Migraine/hoofdpijn |
| Chronisch vermoeidheidsyndroom | Sinusproblemen |
| Cholesterol (verhoogd) | Beroerte |
| Problemen met de bloedcirculatie | Schildklierstoornissen |
| Depressie | Obesitas |
| Diabetes | Huidproblemen |
| Eetstoornis | Gevoelig voor zweren |
| Epilepsie | Infecties van urinekanaal |
| Problemen met de oren, neus, keel | Spataders |
| Gevoelig voor de omgeving | Geïrriteerde darm |
| Fibromyalgie | Nier- en of blaasziekte |
| Voedselintolerantie | Leerstoornissen |
| Refluxziekte van maag en slokdarm | Lever- en galblaasziekten |
| Depressie | Regelmatig verkouden |
| Diabetes |  |
| Jicht |  |
| Hartziekten |  |
| Chronische infectie |  |
| Inflammatoire darmziekte |  |
| **Gewoonten gezondheid** | **Lichaamsbeweging** |
| Tabak | 5-7 dagen/week |
| Sigaretten; aantal/dag | 3-4 dagen/week |
| Sigaren; aantal/dag | 1-2 dagen/week |
| Alcohol | Minder dan 30 minuten |
| Wijn: aantal glazen/dag/week | Wandelen |
| Sterke drank: aantal glazen per dag/week | Lopen- joggen |
| Bier: aantal glazen per dag/week | Zwemmen |
| Cafeïne | Andere |
| Koffie: koppen van 180 ml/dag |  |
| Frisdrank: limonades etc |  |
| Andere |  |
| Water: aantal glazen/dag |  |
|  |  |
| **Voeding en dieet** | **Voedselfrequentie** |
| Gemengde voedingVegetarisch VeganistischZoutbeperkingVetbeperkingBeperking koolhydraten/zetmeelTotale caloriebeperkingSpecifieke voedselbeperkingen? Gluten, lactose,…? | Porties per dag:FruitDonkergroene groentenAndereBonen, erwtenZuivel en eierenVlees, gevogelte,… |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In uw familie (grootvader of grootmoeder langs vaders of moederskant, vader of moeder, broers, zusters, broers en zusters van uw ouders, uw kinderen) komen de volgende ziekten voort : (zo ja, kunt U de graad van verwantschap vermelden ?) :

|  |  |
| --- | --- |
|  zwaarlijvigheid : Wie ? ………………..  |  magerheid : Wie ? ……………..…………….  |
|  migraine : Wie ? …………….…………  |  depressie : Wie ? ………….…..….……….…  |
|  epilepsie : Wie ? ……………………….  |  eczema : Wie ? ………….……………….…..  |
|  psoriasis : Wie ? ……………………….  |  acne : Wie ? ………….…………….....………  |
|  longziekten : Wie ? ……………….……  |  chronische bronchitis : Wie ? ……………..…..  |
|  tuberculose : Wie ? ………………….… |  longemfyseem : Wie ? ………..................…….  |
|  allergie : Wie ? |  schildklierproblemen : Wie ?  |
|  hoge bloeddruk : Wie ? |  lage bloeddruk : Wie ? |
|  reuma : Wie? |  aderverkalking  : Wie ? |
|  hartinfarcten : Wie ? |  jicht : Wie ? |
|  maagzweren : Wie ? |  galblaasstenen : Wie ? |
|  suikerziekte : Wie ? |  bedwateren : Wie ? |
|  kanker : Wie ?Welke ? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hebt u  | nooit | Af en toe+/- | gemiddeld+ | meestal++ | altijd+++ |
|  | **De wil om door te gaan, zelfs al is het moeilijk?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Toekomstperspectieven?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Voelt u zichzelf nuttig?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Hebt u een actief beroepsleven?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Kunt u makkelijk nieuwe situaties aan?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Bent u positief ingesteld** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Vermijdt u stress en angsten?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Kunt u om met problemen, lost u die op?**  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Bent u in staat uzelf te beoordelen?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Hebt u een goed geheugen en helder denken?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Bent u volt in sociaal contact?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Volt u zich geliefd?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Bent u sexueel actief?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Hebt u een hecht gezinsleven?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Voelt u zich vrij?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Hebt u een passie in het leven?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Humor?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Basis waarden rond ecologie, leven etc. ?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Hebt u een evenwichtig slaapritme?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Voldoende, kwalitatieve slaap?** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **angsten?** | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | **Depressie?** | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | **Stress?** | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | **Kunt u omgaan met woede en kwaadheid?** | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Eet u |  |  |  |  |  |
| ***Melkproducten* : - melk** |  |  |  |  |  |
| **Botermelk(karnemelk)** |  |  |  |  |  |
| **yoghurt** |  |  |  |  |  |
| **kaas** |  |  |  |  |  |
| **platte kaas** |  |  |  |  |  |
| **boter** |  |  |  |  |  |
| ***Suikers* : - witte suiker, kandij suiker** |  |  |  |  |  |
| **snoep**  |  |  |  |  |  |
| **chocolade** |  |  |  |  |  |
| **taarten** |  |  |  |  |  |
| **koekjes** |  |  |  |  |  |
| **confituur, jam**  |  |  |  |  |  |
| **honing** |  |  |  |  |  |
| ***Fruit* : - rijk aan vezels (sinaasappel, pompelmoes, …)(1 fruit/dag = weinig)** |  |  |  |  |  |
| ***Groenten* : - rauw**  |  |  |  |  |  |
| **gekookt** |  |  |  |  |  |
| **gebakken in boter of olie** |  |  |  |  |  |
| **komend uit blikjes of bokalen** |  |  |  |  |  |
| ***Granen* : - brood**  |  |  |  |  |  |
| **volkorenbrood** |  |  |  |  |  |
| **beschuiten, geroosterd brood** |  |  |  |  |  |
| **muesli** |  |  |  |  |  |
| **pastas**  |  |  |  |  |  |
| Cornflakes |  |  |  |  |  |
| ***Vlees* : - gevogelte** |  |  |  |  |  |
| **runds, varkens of paardenvlees** |  |  |  |  |  |
| **gegrild of op barbecue gebakken** |  |  |  |  |  |
| **in boter of olie gebakken** |  |  |  |  |  |
| **in de oven klaargemaakt** |  |  |  |  |  |
| **gekookt of gestoomd** |  |  |  |  |  |
| **rauw**  |  |  |  |  |  |
| **charcuterie, beleg** |  |  |  |  |  |
| ***Vis* : - gekookt** |  |  |  |  |  |
| **in boter of in olie gebakken** |  |  |  |  |  |
| **gekookt of gestoomd**  |  |  |  |  |  |
| **rauw**  |  |  |  |  |  |
| **(zee) *schelpdieren* (mosselen, garnalen, …)**  |  |  |  |  |  |
| ***Biologische voedingswaren*** |  |  |  |  |  |
| ***Wat drinkt U* ? - gesuikerde dranken (limonade, tonics,…)** |  |  |  |  |  |
| **Cafeïnehoudende dranken : - echte koffie** |  |  |  |  |  |
| **cola** |  |  |  |  |  |
| **Zwarte thee** |  |  |  |  |  |
| **afgeleide : - granen / vruchtenkoffie** |  |  |  |  |  |
| **gedecafeineerde koffie** |  |  |  |  |  |
| **kruidenthee** |  |  |  |  |  |
| **alcoholische dranken : - bier** |  |  |  |  |  |
| **sterke dranken (whisky,…)** |  |  |  |  |  |
| **wijn**  |  |  |  |  |  |
| **water : - spuitwater** |  |  |  |  |  |
| **platwater** **hoeveel platwater drinkt U per dag ? ……….. liters per dag** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Breng indien mogelijk uw laatste bloeduitslag mee alsook bijsluiters van eventuele medicatie. Indien u over andere documenten beschikt die deze begeleiding kunnen optimaliseren mag u deze ook steeds meebrengen.

Hierbij verklaar ik (uw naam handgeschreven) bij aanvang van deze begeleiding op de hoogte te zijn van de aard van de begeleiding door Mw Nancy Popieul.

Ik verklaar begrepen te hebben dat deze begeleiding preventief en ondersteunend is en onder geen beding de diensten van een arts of medisch bevoegd persoon te vervangt.

Datum + handtekening

Voor onze tarieven raadpleeg www.popieulnancy.be