



Persoonlijke gegevens (* verplicht veld)

Voorletters en achternaam*	man ☐ vrouw ☐
Geboortedatum*	
Geboorteplaats*	
Straat*	
Postcode*	Woonplaats*
Telefoonnummer	Mobiel nr.*
E-mailadres*	
Burgerlijke Staat	alleenstaand ☐ samenwonend ☐ gehuwd ☐ gescheiden ☐ thuiswonend ☐
Beroep	
Zorgverzekeraar	Polisnummer
Lengte* (cm)	Gewicht* kg
Haarkleur	BMI
Huisarts	Telefoonnummer arts

Uw huidige klachten

Klacht	sinds
Klacht	sinds
Klacht	sinds

Beschrijf in het kort uw ziektegeschiedenis (ziekenhuisopname, operaties, ongevallen, aandoeningen, kinderziektes (jaartal vermelden) enzovoorts.

VACCINATIES

Hepatitis B	Ja	Nee	Weet niet	Influenza(griep)	Ja	Nee	Weet niet
Meningokokken C	Ja	Nee	Weet niet	Pokken	Ja	Nee	Weet niet
Difterie	Ja	Nee	Weet niet	TBC	Ja	Nee	Weet niet
Kinkhoest	Ja	Nee	Weet niet	Tyfus	Ja	Nee	Weet niet
Tetanus	Ja	Nee	Weet niet	Hondsdolheid	Ja	Nee	Weet niet
Polio	Ja	Nee	Weet niet	SARS-CoV-2			
Hib	Ja	Nee	Weet niet	Pfizer/BioNtech(mrna)	Ja	Nee	Weet niet
Bof	Ja	Nee	Weet niet	Moderna(mrna)	Ja	Nee	Weet niet
Mazelen	Ja	Nee	Weet niet	AstraZeneca(adenov)	Ja	Nee	Weet niet
Rode Hond	Ja	Nee	Weet niet	Janssen(vector)	Ja	Nee	Weet niet
Pneumokokken	Ja	Nee	Weet niet	Nuvaxovid(eiwit)	Ja	Nee	Weet niet
HPV	Ja	Nee	Weet niet	Anders, nl:			

Gebruik van medicijnen

Gebruikt u medicijnen of supplementen? Zo ja, graag naam, merk en voor welke klacht vermelden.

Heeft u allergieën of intoleranties?

Voeding **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke

Medicatie **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke

Supplementen **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke

Inhalatieallergenen **ja** ☐ **nee** ☐ , zo ja welke (bijvoorbeeld pollen, huisstof, bepaalde bomen,)

Voeding

Is er voeding die u niet verdraagt? Ik verdraag:

Vlees **ja** ☐ **nee** ☐

Rauwkost **ja** ☐ **nee** ☐

Vette voeding **ja** ☐ **nee** ☐

Scherpe kruiden **ja** ☐ **nee** ☐

Anders

Ik heb een sterke behoefte aan

Zout **ja** ☐ **nee** ☐

Zuur **ja** ☐ **nee** ☐

Zoet **ja** ☐ **nee** ☐

Bitter **ja** ☐ **nee** ☐

Anders

Inname van stimulerende middelen, zoet- en lichtproducten

Hoeveel drinkt u per dag liter

Cafeïne/theïne nodig om wakker te blijven **ja** ☐ **nee** ☐

Welke drank gebruikt u?

Gebruikt u 'light' producten of andere kunstmatige zoetstoffen **ja** ☐ **nee** ☐

Welke light of zoetstoffen gebruikt u?

Alcoholgebruik **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja glazen per week/dag

Roken **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja sigaretten/sigaren per week/dag

Drugsgebruik **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja per week/dag

Slapen

Inslaap/doorslaapproblemen **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja meestal wakker om uur

Hoeveel uren slaapt u?

Lichamelijk en psychische reacties

Snel koud **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja, specifieke plaatsen

Snel warm **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja, specifieke plaatsen

Snel zweten **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja, specifieke plaatsen

Zweetgeur **ja** ☐ **nee** ☐, zo ja specifieke geur

Heeft u last van verdriet **ja** ☐ **nee** ☐

boosheid **ja** ☐ **nee** ☐

eenzaam zijn **ja** ☐ **nee** ☐

Hoe zou u uzelf omschrijven, welke van onderstaande termen is van toepassing op u?

- ☐ geïnteresseerd ☐ neutraal ☐ ongeïnteresseerd in voor u belangrijke zaken
- ☐ humoristisch ☐ neutraal ☐ serieus
- ☐ vastbesloten ☐ twijfelachtig
- ☐ onbezorgd ☐ bezorgd ☐ overbezorgd ☐ tobberig
- ☐ optimistisch ☐ neutraal ☐ pessimistisch
- ☐ gevoelens van stress ☐ spanning ☐ prikkelbaar
- ☐ uitgeput/moe ☐ lusteloos ☐ wat sneller uitgeput dan vroeger

Angsten

Bent u angstig op het vlak van:

- | | | | |
|------------|---|-------------|--|
| Gezondheid | ja ☐ nee ☐ | Dood | ja ☐ nee ☐ |
| Financiën | ja ☐ nee ☐ | Kritiek | ja ☐ nee ☐ |
| Ouderdom | ja ☐ nee ☐ | Alleen zijn | ja ☐ nee ☐ |
| Donker | ja ☐ nee ☐ | | |
| Fobieën | ja ☐ nee ☐ zo ja, welke | | |
| Anders | | | |

Hierna volgt een omschrijving van diverse klachten

(indien klachten zich in het verleden voordeden, zet dan een vinkje achter de V)

Spieren en het skelet

- | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------|--|
| Botklachten | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Gezwollen gewrichten | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Botbreuken | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Pijnlijke gewrichten | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Botontkalking | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Stijve gewrichten | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Wervelkolomproblemen | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Moeite met lopen | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Rugklachten (hoog) | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Nekklachten | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Rugklachten (laag) | ja ☐ nee ☐ v ☐ | M.S. | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Spierpijn | ja ☐ nee ☐ v ☐ | R.S.I. | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Spierscheuringen | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Hernia | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Zwakke spieren | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Armsklachten | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Stijfheid bij het op gang komen | ja ☐ nee ☐ v ☐ | Beenklachten | ja ☐ nee ☐ v ☐ |
| Gevoelig voor weersveranderingen | ja ☐ nee ☐ v ☐ | | |

Hart en bloedvaten

Hartklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Te snelle hartslag	ja ☐ nee ☐ v ☐
Hartkloppingen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Spataderen	ja ☐ nee ☐ v ☐
Hartaanval	ja ☐ nee ☐ v ☐	Te hoge bloeddruk	ja ☐ nee ☐ v ☐
Aderverkalking	ja ☐ nee ☐ v ☐	Te lage bloeddruk	ja ☐ nee ☐ v ☐
Onregelmatige hartslag	ja ☐ nee ☐ v ☐	Duizeligheid bij het opstaan	ja ☐ nee ☐ v ☐
Pijn op de borst	ja ☐ nee ☐ v ☐	Bloedarmoede	ja ☐ nee ☐ v ☐

Longen en longziekten

Longklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Longontsteking	ja ☐ nee ☐ v ☐
Ademhalingsklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Bloed ophoesten	ja ☐ nee ☐ v ☐
Bronchitis	ja ☐ nee ☐ v ☐	Slijm ophoesten	ja ☐ nee ☐ v ☐
Astma	ja ☐ nee ☐ v ☐	Hooikoorts	ja ☐ nee ☐ v ☐
Hoesten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Longemfyseem	ja ☐ nee ☐ v ☐
Heesheid	ja ☐ nee ☐ v ☐	Tuberculose	ja ☐ nee ☐ v ☐
Benauwdheid	ja ☐ nee ☐ v ☐	Hardnekkig hoesten	ja ☐ nee ☐ v ☐

KNO; keel, neus en oorklachten

Oorklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Verstopte neus	ja ☐ nee ☐ v ☐
Oorontsteking	ja ☐ nee ☐ v ☐	Loopneus	ja ☐ nee ☐ v ☐
Oorgeruis	ja ☐ nee ☐ v ☐	Bloedneus	ja ☐ nee ☐ v ☐
Neusklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Hooikoorts	ja ☐ nee ☐ v ☐
Bijholteontsteking	ja ☐ nee ☐ v ☐	Keelpijn	ja ☐ nee ☐ v ☐
Vaak verkouden	ja ☐ nee ☐ v ☐	Angina	ja ☐ nee ☐ v ☐

Spijsverteringssysteem

Droge lippen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Winderigheid	ja ☐ nee ☐ v ☐
Pijnlijk tandvlees	ja ☐ nee ☐ v ☐	Gasvorming	ja ☐ nee ☐ v ☐
Tandvleesontsteking	ja ☐ nee ☐ v ☐	Buikpijn/kramp	ja ☐ nee ☐ v ☐
Aften	ja ☐ nee ☐ v ☐	Opboeren	ja ☐ nee ☐ v ☐
Bloedend tandvlees	ja ☐ nee ☐ v ☐	Zuurbranden	ja ☐ nee ☐ v ☐
Pijnlijke mond	ja ☐ nee ☐ v ☐	Moeite met kauwen	ja ☐ nee ☐ v ☐
Moeilijk praten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Moeite met slikken	ja ☐ nee ☐ v ☐
Gebitsklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Opbraken van voedsel	ja ☐ nee ☐ v ☐
Slechte adem	ja ☐ nee ☐ v ☐	Galbraken	ja ☐ nee ☐ v ☐
Amandelen geknipt	ja ☐ nee ☐ v ☐	Bloedbraken	ja ☐ nee ☐ v ☐
Tandprothese	ja ☐ nee ☐ v ☐	Obstipatie	ja ☐ nee ☐ v ☐
Amalgaam vullingen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Diarree	ja ☐ nee ☐ v ☐
Opgeblazen gevoel	ja ☐ nee ☐ v ☐	Slijm in ontlasting	ja ☐ nee ☐ v ☐

Bloed in ontlasting **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Aambeien **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Poliepen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Geelzucht **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Leverklachten **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Leverontsteking **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Galblaasklachten **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Galstenen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Alvleesklierontsteking **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Blaas en nieren

Blaasproblemen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Moeite met plassen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Veel urine/plassen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Weinig urine/plassen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Urine incontinentie **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Afwijkende kleur **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Druppelen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Huid, haar en nagels

Huidirritatie **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Psoriasis **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Steenpuisten **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Vette huid **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Pukkeltjes **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Acne **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Herpes **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Snel blauwe plekken **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Broze nagels **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Nagelbijten **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Kloven **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Prikkelbare darmsyndroom **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Ziekte van Crohn **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Blindedarmontsteking **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Onvoldoende darmlediging **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Borrelen in buik **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Frequentie ontlasting keer per dag

Frequentie ontlasting keer per week

Structuur/kleur ontlasting: (meerdere keuzen)

☐ hard ☐ crème/l.geel ☐ spontaan

☐ stevig ☐ lichtbruin ☐ met moeite

☐ brij ☐ donkerbruin ☐ met laxatie

☐ dun ☐ drijft ☐ plakt

Pijnlijk plassen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Blaasontsteking **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

's Nachts veel plassen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Nierstenen **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Nierbekkenontsteking **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Frequentie plassen keer per dag

Eczeem **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Netelroos **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Droge huid **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Blaasjes **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Puistjes **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Mee-eters **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Jeuk **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Haaruitval **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Kalknagels **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Wratten **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Eelt **ja** ☐ **nee** ☐ **v** ☐

Seksueel overdraagbare ziekten, of gehad.

Chlamydia **ja** ☐ **nee** ☐

Gonorroe **ja** ☐ **nee** ☐

Syfilis **ja** ☐ **nee** ☐

Herpes **ja** ☐ **nee** ☐

HIV / AIDS **ja** ☐ **nee** ☐

Overdraagbare ziekten, of gehad.

Hepatitis C **ja** ☐ **nee** ☐

Anders

Zenuwstelsel

Beven/trillen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Verdoofd gevoel	ja ☐ nee ☐ v ☐
Krampen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Gevoelsverlies	ja ☐ nee ☐ v ☐
Verlamming	ja ☐ nee ☐ v ☐	Wazig gezichtsveld	ja ☐ nee ☐ v ☐
Hoofdpijn	ja ☐ nee ☐ v ☐	Flauwvallen	ja ☐ nee ☐ v ☐
Spiertrekkingen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Epileptische aanvallen	ja ☐ nee ☐ v ☐
Zenuwpijnen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Verwardheid	ja ☐ nee ☐ v ☐
Depressies	ja ☐ nee ☐ v ☐	Zenuwinzinking	ja ☐ nee ☐ v ☐
Suïcidaal	ja ☐ nee ☐ v ☐	Burn-out	ja ☐ nee ☐ v ☐
Overspannen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Angststoornis	ja ☐ nee ☐ v ☐
Geheugenverlies	ja ☐ nee ☐ v ☐	Vergeetachtigheid	ja ☐ nee ☐ v ☐
Rusteloze benen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Slechte concentratie	ja ☐ nee ☐ v ☐
Verlies van smaak	ja ☐ nee ☐ v ☐	Verlies van reuk	ja ☐ nee ☐ v ☐
Verlies van gehoor	ja ☐ nee ☐ v ☐	Verlies van spierkracht	ja ☐ nee ☐ v ☐
Verlies van zicht	ja ☐ nee ☐ v ☐	Overgevoelig voor geur	ja ☐ nee ☐ v ☐
Overgevoelig voor licht	ja ☐ nee ☐ v ☐	Overgevoelig voor geluid	ja ☐ nee ☐ v ☐
Duizeligheid	ja ☐ nee ☐ v ☐	Draaiduizelig	ja ☐ nee ☐ v ☐
Waas voor ogen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Sterretjes zien	ja ☐ nee ☐ v ☐
Duizelig alleen bij liggen	ja ☐ nee ☐ v ☐	Duizelig alleen bij opstaan	ja ☐ nee ☐ v ☐

Vragen aan de man

Druppelend urineren	ja ☐ nee ☐ v ☐	Moeite met plassen	ja ☐ nee ☐ v ☐
Prostaatklachten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Pijnlijke testikels	ja ☐ nee ☐ v ☐
Knobbels op testikels	ja ☐ nee ☐ v ☐	Gezwollen testikels	ja ☐ nee ☐ v ☐
Brandend gevoel aan penis	ja ☐ nee ☐ v ☐	Erectie problemen	ja ☐ nee ☐ v ☐
Gebrek aan libido	ja ☐ nee ☐ v ☐	Overmatig libido	ja ☐ nee ☐ v ☐
Anders			

Vragen aan de vrouw

Op welke leeftijd had u de eerste menstruatie jaar

Op welke leeftijd had u de laatste menstruatie (menopauze) jaar

Pijnlijke menstruatie	ja ☐ nee ☐ v ☐	Veel bloedverlies	ja ☐ nee ☐ v ☐
Bloed met stolsels	ja ☐ nee ☐ v ☐	Weinig bloedverlies	ja ☐ nee ☐ v ☐
Gebruik anticonceptie pil	ja ☐ nee ☐ v ☐	Spiraaltje	ja ☐ nee ☐ v ☐
Vaginale schimmelinfecties	ja ☐ nee ☐ v ☐	Vaginale afscheiding	ja ☐ nee ☐ v ☐
Pijnlijke borsten	ja ☐ nee ☐ v ☐	Knobbeltjes borsten	ja ☐ nee ☐ v ☐
Borstprotheses	ja ☐ nee ☐	Operaties baarmoeder	ja ☐ nee ☐
Onregelmatige menstruatie	ja ☐ nee ☐ v ☐	Opvliegers	ja ☐ nee ☐ v ☐
Tussentijds bloedverlies	ja ☐ nee ☐ v ☐	PMS	ja ☐ nee ☐ v ☐
Gebrek aan libido	ja ☐ nee ☐ v ☐	Overmatig libido	ja ☐ nee ☐ v ☐

Anders

Heeft u een kinderwens? ja ☐ nee ☐ v ☐

Bent u zwanger geweest? ja ☐ nee ☐

Heeft u kinderen? ja ☐ nee ☐ zo ja; hoeveel kinderen

Zo ja; welke leeftijd(en)?

Heeft u tijdens de zwangerschap(pen) problemen gehad? ja ☐ nee ☐

Zo ja, toelichting

Heeft u een miskraam gehad? ja ☐ nee ☐

Heeft u een abortus gehad? ja ☐ nee ☐

Wilt u nog extra informatie toevoegen?

Heeft u speciale, onverklaarbare gevoeligheden, vreemde verschijnselen, of andere zaken die u belangrijk vindt en wilt beschrijven?

Wilt u het anamneseformulier a.u.b. **drie dagen voor onze afspraak** mailen naar info@qubio.nl of opsturen?

Deze vragenlijst wordt tijdens de eerste afspraak samen met u doorgenomen. Mocht u nog iets vergeten zijn, geen probleem! Neem uw aanvulling mee, dan nemen we het door tijdens de afspraak.

Deze vragenlijst is ingevuld door

Datum

Hoe bent u bij Qubio terechtgekomen?

- ☐ Via een vriend/familie/collega
- ☐ Via internet
- ☐ Via Facebook
- ☐ Via een advertentie
- ☐ Anders _____