



TCM LEUVEN

ACUPUNCTUUR PRAKTIJK HEVERLEE

UW INFORMATIE ZAL VERTROUWELIJK ZIJN

PERSOONLIJKE INFORMATIE

Naam: _____ Beroep: _____
Email: _____ Mutualiteit: _____
Adres: _____ Nr: _____ Bus: _____ Postcode: _____ Stad: _____
Geslacht: M V Leeftijd: _____ Huisarts: _____
Ouders naam (<18) _____ GSM: _____
Eerst acupunctuur behandeling: Ja Nee Bang van naalden: Ja Nee Bloeddruk: _____
Zwanger Ja Nee Bent u momenteel in IVF-behandeling? Ja Nee

PRIMAIRE KLACHTEN

Hoelang heeft u deze symptomen al: _____

Welke behandelingen heb je al geprobeerd: _____

Pijnschaal van 0-10 (0 = geen pijn): _____ Beschrijf: _____ Hoe vaak: _____

Verergerd door _____ Verbeterd door _____

Operatie: Ja Nee Waar: _____ Wanneer: _____

MEDISCHE GESCHIEDENIS (Controleer of van toepassing is)

Immuunaandoeningen Hemofilie Neuropathie Beroerte (Stroke) Pacemaker
 Verlamming (Paralysis) Sclerodermie Infecties Ziekten Hyper / Hypothyreoïdie Diabetes I / II
 Kanker _____ Anders _____

Allergieën: _____

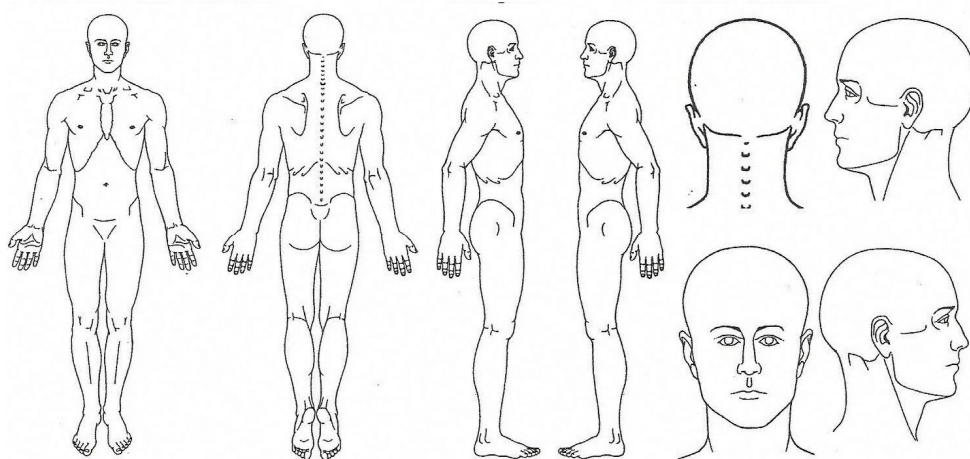
Medicatie / supplementen _____

Drugs Tabak Alcohol Koffie Thee Suikerhoudende dranken Zuivelproducten (Dairy Products)

Natuurlijke geneeskunde Eetpatroon: _____

Sport / Oefeningen: _____

Anders: _____



INTERNAL MEDICINE (Check if applicable)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Lethargie | <input type="checkbox"/> Slapeloosheid | <input type="checkbox"/> Depressie |
| <input type="checkbox"/> Paniekaanvallen | <input type="checkbox"/> Hartkloppingen | <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Duizeligheid |
| <input type="checkbox"/> Constant geluk | <input type="checkbox"/> Bittere smaak | <input type="checkbox"/> Spontaan / <input type="checkbox"/> Nachtelijk zweten | <input type="checkbox"/> Droge mond |
| <input type="checkbox"/> Angst | | | |
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Concentratieproblemen | <input type="checkbox"/> Wazig zien |
| <input type="checkbox"/> Droge ogen | <input type="checkbox"/> Spierspanning | <input type="checkbox"/> Hypochondrische pijn | <input type="checkbox"/> Spierkrampen |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid | <input type="checkbox"/> Regelmatig zuchten (Sighing) | <input type="checkbox"/> Onbalans |
| <input type="checkbox"/> Regelmatig laryngitis / faryngitis | | | |
| <input type="checkbox"/> Reflux | <input type="checkbox"/> Misselijkheid | <input type="checkbox"/> Diarree | <input type="checkbox"/> Obstipatie |
| <input type="checkbox"/> Gebrek aan eetlust | <input type="checkbox"/> Slechte spijsvertering | <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Opgeblazen gevoel |
| <input type="checkbox"/> Gemakkelijk gekneusd | <input type="checkbox"/> Buikpijn | <input type="checkbox"/> Overdenken / piekeren | |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Hoest | <input type="checkbox"/> Eczeem |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Huiduitslag (Skin rash) | <input type="checkbox"/> Koorts | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Artrose | <input type="checkbox"/> Haaruitval | <input type="checkbox"/> Kortademigheid (Shortness of breath) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Otitis | <input type="checkbox"/> Verdriet (Grief) | |
| <input type="checkbox"/> Verminderd gehoor | <input type="checkbox"/> Laag libido | <input type="checkbox"/> Slecht geheugen (Poor memory) | <input type="checkbox"/> Opvliegers (hot fl) |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis | <input type="checkbox"/> Incontinentie | <input type="checkbox"/> Urineweginfecties | <input type="checkbox"/> Oedeem |
| <input type="checkbox"/> Onvruchtbaarheid (Infert) | <input type="checkbox"/> Cysten | <input type="checkbox"/> Fibrose | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| <input type="checkbox"/> Mastitis | <input type="checkbox"/> Vrezen (Vrees-Fear) | | |

DAMES

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amenorroe I / <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> Onregelmatige menstruatie | <input type="checkbox"/> Laat / <input type="checkbox"/> Vroege menstruatie | <input type="checkbox"/> Klonters |
| <input type="checkbox"/> Licht / <input type="checkbox"/> Zware flux | <input type="checkbox"/> Lichtrood / <input type="checkbox"/> Donker / <input type="checkbox"/> Bruin / <input type="checkbox"/> Zwart | | <input type="checkbox"/> PMS |
| <input type="checkbox"/> Cravings | <input type="checkbox"/> Gevoelige borsten | | |

COSMETISCHE

- | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fijne lijntjes | <input type="checkbox"/> Diepe rimpels | <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Littekens | <input type="checkbox"/> Striae | <input type="checkbox"/> Hyperpigmentatie |
| <input type="checkbox"/> Alopecia | <input type="checkbox"/> Haarverlies | <input type="checkbox"/> Cellulitis | <input type="checkbox"/> Overgewicht | <input type="checkbox"/> Waterretentie | <input type="checkbox"/> Kleine spataderen |

Anders: _____

