

# Inschrijfformulier Voedingsadviesbureau PUUR



## Persoonsgegevens

Voorletter:..... M / V  
Achternaam: .....  
Straat:.....  
Postcode en woonplaats:.....  
Geboortedatum: .....  
Telefoonnummer: ..... Mobiel: .....  
E-mail: .....

BurgerServiceNummer(BSN): .....  
Identificatie: Identiteitskaart / Paspoort / Rijbewijs  
Nummer kaart: .....  
Zorgverzekaar: ..... Polisnummer: .....  
Aanvullende verzekering: ja / nee    Soort aanv. Verz.: .....  
Naam huisarts:.....

## Reden verwijzing

Verwijzing: ja / nee  
Verwijzer: .....  
Reden contact: .....  
Voedingsadviesbureau PUUR gevonden via: Arts, internet, vrienden/bekenden, folder, advertentie, anders nl.: .....

Hebt u in dit kalenderjaar eerdere behandelingen gehad bij een andere diëtist?  
Ja, Aantal behandelingen .....

## Aanvullende vragen

Lengte: ..... Gewicht: .....  
Beroep: .....  
Wat is uw hoofdklacht? .....  
Heeft u hiernaast nog andere klachten?.....  
.....  
.....  
Wanneer zijn deze begonnen? .....

Heeft u andere ziekten doorgemaakt? (chronologische volgorde)  
.....  
.....

Bestaan binnen uw familie terugkerende klachten?  
.....  
.....

Heeft u de afgelopen twee jaar medicatie gebruikt? (o.a. antibiotica, anticonceptiva, vitaminen, mineralen, homeopathica, corticosteroiden, slaap/kalmeringsmiddelen)

.....  
.....

Welke middelen gebruikt u nu? (graag deze middelen meenemen naar het spreekuur)

.....  
.....

Bestaan allergische reacties? Ja / nee Zo ja waarop? .....

.....

Gebruikt u de pil? Zo ja welk merk? .....

Rookt u? ja / nee. Zo ja hoeveel .....

Gebruikt u alcohol? ja / nee. Zo ja hoeveel .....

Gebruikt u gewone koffie? ja / nee. Zo ja hoeveel .....

Gebruikt u chocola? ja / nee Zo ja hoeveel .....

Gebruikt u drop? ja / nee. Zo ja hoeveel? .....

Heeft u een sterke hang naar: zoet, zuur, vet, zout, scherp, bitter, wrang.

(Doorstrepen wat niet van toepassing is)

Krijgt u klachten van bepaalde voedingsmiddelen? Zo ja, welke?

.....

Heeft u operaties ondergaan: ja / nee Zo ja, welke en wanneer?

.....

Als u medicijnen krijgt heeft u dan voorkeur voor: Poeders, Capsules, Pillen (groot), Pillen (klein).

Bent u nu onder behandeling van een arts/therapeut: ja / nee

Zo ja, bij wat voor therapeut: .....