Vul uw antwoorden in de grijs omkaderde velden in.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
|  |  |
| Geboortedatum |  |
|  |  |
| Adres |  |
|  |  |
| Postcode |  |
|  |  |
| Plaats |  |
|  |  |
| Telefoonnummer |  |
|  |  |
| Behandelend arts |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Neus** | | **Keel/Longen** | | **Ogen** | | **Huid** | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Niezen |  | Hoesten |  | Roodheid |  | Uitslag | |
|  | Loopneus |  | Benauwd |  | Jeuk |  | Bultjes | |
|  | Verstopte neus |  | Bronchitis |  | Gezwollen |  | Eczeem | |
|  | Jeuk |  | Piepen |  | Tranen |  | Jeuk | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Oren** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Druk | |  |  |  |  |  |  |
|  | Jeuk | |  |  |  |  |  |  |
|  | Pijn | |  |  |  |  |  |  |
|  | Anders nl.: |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Andere klachten namelijk:** |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zijn uw klachten begonnen of verergerd na:** | | |
|  |  |  |
|  | Ziekte |  |
|  | Puberteit |  |
|  | Verandering werk |  |
|  | Verandering woning |  |
|  | Verandering |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Heeft u meer klachten:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | | Binnenshuis | |  | | | | Buitenshuis | | | |  | | | | Werk | | | | | |  | | | | | Thuis | | | | | | |
|  | | ‘s Morgens | |  | | | | ’s Middags | | | |  | | | | ’s Avonds | | | | | |  | | | | | ’s Nachts | | | | | | |
|  | | Voorjaar | |  | | | | Zomer | | | |  | | | | Herfst | | | | | |  | | | | | Winter | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
| **Verergeren uw klachten bij:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | Warmte/kou | | | |  | | | | Rook/geuren | | | |  | | | | Inspanning | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | Mist | | | |  | | | | stress | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **Bent u overgevoelig voor:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Voedingsmiddelen | | | | |  | | | | Planten | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | Cosmetica/zeep | | | | |  | | | | Geneesmiddelen | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |
| **Heeft u last van astma** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komt een van de volgende allergieën in uw familie voor?** | | |
|  |  |  |
|  | Hooikoorts |  |
|  | Astma |  |
|  | Eczeem/dauwworm |  |
|  | Geen |  |
|  | Andere allergie namelijk |  |
| Zo ja, bij wie? | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uit welk materiaal bestaat uw:** | | | | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
| Vloerbedekking in de huiskamer? | | | | | |  |  |
|  | Wol/synthetisch | | |  | | | | | | | |
|  | Parket/laminaat | | |  | | | | | | | |
|  | Zeil | | |  | | | | | | | |
|  | Andere namelijk | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  |
| Vloerbedekking in de slaapkamer? | | | | | |  |  |
|  | Wol/synthetisch | | |  | | | | | | | | |
|  | Parket/laminaat | | |  | | | | | | | | |
|  | Zeil | | |  | | | | | | | | |
|  | Andere namelijk | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  |
| Dekens of dekbed? | | | | | |  |  |
|  | Wol/synthetisch | | |  | | | | | | | | |
|  | Dons/veren | | |  | | | | | | | | |
|  | Andere namelijk | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  |
| Hoofdkussen? | | | | | |  |  |
|  | Wol/synthetisch | | |  | | | | | | | | |
|  | Dons/veren | | |  | | | | | | | | |
|  | Andere namelijk | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Ja |  | Nee | |
| **Is uw woning vochtig** | | | | | | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | Ja |  | Nee | |
| **Rookt u of een huisgenoot** | | | | | | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | Ja |  | Nee | |
| **Komt u met dieren in aanraking** | | | | | | | | |  |  |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | |
| zo ja, waar? | | | | |  | | | | | | | |
| Hoe vaak? | | | | |  | | | | | | | |
| Wat voor dieren? | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Ja |  | Nee | | |  | | n.v.t. | | |
| **Bent u op het moment zwanger?** | |  |  |  | | |  | |  | | |
|  | | Ja |  | | Nee | | | | | | | |
| **Komt u beroepsmatig/bij uw hobby of in uw omgeving met prikkelende stoffen in aanraking** | |  |  |  | | |
|  |  | | | | | |
| zo ja, welke? |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **Welke medicijnen gebruikt u voor uw allergie?** |  | | | | | |
| **Wat voor medicijnen gebruikt u nog meer?** |  | | | | | |
|  | | | | | | Ja | |  | | Nee |
| **Staat u, voor uw allergie, onder behandeling van een specialist?** | | | | | |  | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen, maar wel belangrijk zijn om te melden?** | | |
|  | | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Datum:** | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| Bedankt voor uw medewerking, uiteraard gaan wij zeer vertrouwelijk om met uw gegevens.  Deze gegevens worden zonder uw toestemming niet besproken met derden.  Uitgebreidere informatie over uw privacy en algemene voorwaarden kunt u vinden op de website van praktijk Beter.  Bij de eerste afspraak vraag ik u een behandelovereenkomst te ondertekenen, dit formulier krijgt u mee. De onderstaande handtekeningen zijn nodig voor mijn administratie. **Bij een minderjarig persoon graag de handtekening van vader en van moeder dit is wettelijk verplicht.**  U verklaart zich hiermee akkoord met de behandeling en de kosten van het consult.  De tarieven staan vermeld op de website van praktijk Beter.  *Afmelden:*  *Graag telefonisch of per mail 24 uur van tevoren, anders wordt de gereserveerde tijd in rekening gebracht! U ontvangt dan een now-show factuur.*  Wijze van betalen:  Pinbetaling of contante betaling na afloop van de behandeling.  **Met deze afspraken verklaar ik mij akkoord,**  **Handtekening Cliënt : Handtekening behandelaar :** | | | |