

Naam	
Geboortedatum	
Straat & huisnummer Postcode & plaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Zorgverzekeraar	<i>Alleen in te vullen als je aanvullend verzekerd bent voor alternatieve zorg.</i>
Reden consult / hulpvraag	
Specifieke voeding of voedingsrestricties	<p><i>Voedingsgewoonte:</i> <input type="checkbox"/> zonder restricties <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> veganistisch <input type="checkbox"/> anders, geen .....</p> <p><i>Bekende intoleranties:</i> <input type="checkbox"/> koemelk <input type="checkbox"/> lactose <input type="checkbox"/> tarwe <input type="checkbox"/> gist <input type="checkbox"/> suiker <input type="checkbox"/> tomaat <input type="checkbox"/> varkensvlees <input type="checkbox"/> kippenei (wit/geel) <input type="checkbox"/> noten <input type="checkbox"/> cacao <input type="checkbox"/> E-nummers <input type="checkbox"/> anders: .....</p>
Huidig medicatie gebruik en welke medicatie langdurig gebruikt?	
Welke supplementen gebruik je?	
Welke bijkomende aandoening/ diagnose/ infectie heb je (gehad)?	<p><i>Aandoening/ diagnose:</i> <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> coeliakie <input type="checkbox"/> depressieve stemming <input type="checkbox"/> hartaandoening <input type="checkbox"/> astma/ COPD <input type="checkbox"/> allergie/hooikoorts <input type="checkbox"/> epilepsie <input type="checkbox"/> anders: .....</p> <p><i>Infectie:</i> <input type="checkbox"/> vaak middenoorontsteking <input type="checkbox"/> RS-virus <input type="checkbox"/> ziekte van Lyme <input type="checkbox"/> Pfeiffer <input type="checkbox"/> candida <input type="checkbox"/> anders: .....</p>
Ben je ooit in het ziekenhuis opgenomen of een operatie gehad?	<i>Zo ja, wanneer en reden: .....</i>
Welke vaccinaties heb je gehad?	<p><i>Rijksvaccinatieprogramma gevolgd?</i> <input type="checkbox"/> volledig gevolgd <input type="checkbox"/> gedeeltelijk gevolgd <input type="checkbox"/> nee / nvt</p> <p><i>Covid-19 vaccin(s):</i> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> anders: .....</p>
<i>eventueel vaccinatiepaspoort meenemen</i>	<p><i>Andere (reizigers)vaccinaties:</i> <input type="checkbox"/> influenza (griep) <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> DKT <input type="checkbox"/> HepA <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> gele koorts <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> buiktyfus <input type="checkbox"/> dengue <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> rabiës <input type="checkbox"/> anders: .....</p>