

PRAKTIJK VOOR COMPLEMENTAIRE GEZONDHEIDSZORG

NANCY POPIEUL

Veldstraat 11
8755 Ruselede
www.popieulnancy.be

0495/28.01.29
Nancy.popieul@gmail.com

Gelieve deze nauwkeurig in te vullen en mee te brengen bij uw eerste bezoek aan de praktijk.

Naam: _____

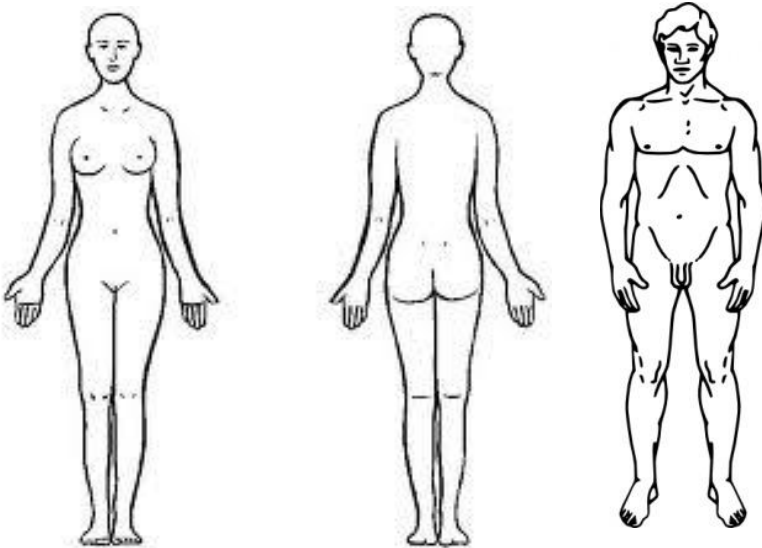
Adres: _____

Telefoonnr: _____ Geboortedatum: _____

Naam en telefoonnr huisarts: _____

Reden van bezoek aan de praktijk:

Wilt u op deze tekeningen aanduiden waar u het meest last ervaart:



- **Kun je iets vertellen over je huidige leefomstandigheden: alleenstaand – samenwonend – getrouwd – gescheiden – weduwe/weduwnaar. Heb je kinderen, zo ja hoeveel en hoe oud zijn ze?**

Hoe was het verloop van de zwangerschap en de bevalling?

- **Wat voor werkzaamheden heb je op dit moment? Welke werk heb je in het verleden gedaan?**

- **Komt u tijdens het uitoefenen van uw job in aanraking met mogelijk schadelijke chemicaliën (pesticiden, radioactiviteit etc.) zo ja dewelke?**

VRAGENLIJST: MOGELIJKE BLOOTSTELLING AAN TOXISCHE STOFFEN

De vragen die wij U stellen dienen om te weten of U mogelijke blootgesteld bent aan toxische stoffen in uw omgeving

- **UW WOONST**

Is er in de buurt van uw woonst? :

Elektrische hoogspanningskabels Ja Nee

Zo ja, op welke afstand van uw woonst?

- fabriek(en) Ja Nee - welke?
- een industriepark Ja Nee - op welke afstand?
- ervaart U er enige hinder van? Ja Nee
- een haven Ja Nee
- **Zijn er in uw omgeving:** - weiden Ja Nee
- - velden Ja Nee - serres Ja Nee
- **Is er :** - fruitteelt Ja Nee - Bloementeelt Ja Nee
- gebruikt men sproeistoffen (pesticiden)? Ja Nee

- **Bent U gevoelig voor:**

- parfum Ja Nee
- wasproducten Ja Nee
- boenwas Ja Nee
- ammoniak Ja Nee
- bleekwater (javel) Ja Nee
- andere ?

- Hebt U:- allergieën Ja Nee
- hooikoorts Ja Nee
- voedselallergieën Ja Nee
- of ooit gehad Ja Nee
- huidallergieën Ja Nee

- **Hebt U dieren in huis?** Ja Nee

- kat Ja Nee
- hond Ja Nee
- andere ?

- **Brengt U soms kleding naar de droogkuis :** Ja Nee

- **Hebt U orthopedische of andere prothese(n) :** Ja Nee

-Welke ?

- **UW BEROEP**

Welke is of was uw beroep?

- **Waar werkt(e) U ? :**

- thuis Ja Nee
- in een fabriek Ja Nee
- ergens anders :
- in een bedrijf Ja Nee
- Werkt(e) U daar al lang? Waar werkte U daarvoor?

- **Werkt(e) U :**

- in een stad Ja Nee
- buiten een stad Ja Nee

Doet U :

- administratief werk Ja Nee
- handarbeid Ja Nee
- bandwerk Ja Nee
- andere :

- **Is er in de buurt van uw werk :**

- veel verkeer Ja Nee
- een carrosserie Ja Nee
- een benzinstation Ja Nee
- fabriek(en) Ja Nee
- een riviertje Ja Nee
- een garage Ja Nee
- met spuitkabine Ja Nee
- een autobaan Ja Nee
- een industriepark Ja Nee
- of een beekje Ja Nee

- **Werkt(e) U met :**

- computers Ja Nee
- fotokopiemachine Ja Nee

- - of werk(t)en andere mensen ermee in uw omgeving Ja Nee

- **Is er voldoende verluchting waar U werkt(e)** : Ja Nee

- of werkt(e) U in een gesloten ruimte Ja Nee

- is er daar airconditioning Ja Nee

- **Bent u al bij de huisarts/specialist geweest? Zo ja naam en telefoonnr behandelend geneesheer**

Wat was de diagnose?

- **Welke vormen van therapie heeft u al uitprobeerde voor deze problemen:**

O voeding O zuiveren of vasten O vitamines en mineralen O kruiden

O homeopathie O gemmotherapie O chiropraxie O acupunctuur O klassieke geneesmiddelen

O andere

- **Neemt u momenteel geneesmiddelen zo ja dewelke:**

- Hebt U vroeger geneesmiddelen moeten innemen ? ja neen

(indien ja, welke, dosis, periodes)

- Recent ? ja neen (indien ja, welke, dosis, tijdsperiode)

•

- **Gebruik je alcohol/ drugs/ antidepressiva?**

- **Voornaamste hospitalisaties, operaties, verwondingen, etc.**

Gelieve hieronder een korte samenvatting van Uw persoonlijke voorgeschiedenis wat ziekten, operaties en geneesmiddelengebruik betreft, te geven. Doe dit in chronologische volgorde a.u.b. :

- **Tussen 0 en 1 jaar :**

Operaties :

Ziekten :

• **Tussen 1 en 10 jaar :**

Veelvuldige infecties : neusontstekingen keelontstekingen oorontstekingen
 Angines longontsteking infectie longen (tuberculose)

Vele antibiotica's?

Amandelen verwijderd? ja nee - poliepen getrokken ? ja neen.

Wanneer ?

Andere operaties ?

• **Tussen 10 en 20 jaar :**

Ontstekingen : neus – keel - oren Longen

Reuma gehad ? Mononucleosis ? Geelzucht ?

Operaties :

Puberteit: vroeg laat voor vrouwen: leeftijd van de eerste maandstonden

• **Tussen 20 en 30 jaar :**

Infecties ? ja nee - Welke ? Mononucleosis ? Hepatitis ?

Operaties ? Ongevallen ?

Klachten in die periode ?

Algemene toestand toen ?

Behandelingen ?

• **Tussen 30 en 40 jaar :**

Infecties ? ja nee - Welke ? Mononucleosis ? Hepatitis ?

Operaties ? Ongevallen ?

Klachten in die periode ?

Algemene toestand toen ?

Behandelingen ?

• **Tussen 40 en 50 jaar :**

Infecties ? ja nee - Welke ? Mononucleosis ? Hepatitis ?

Operaties ? Ongevallen ?

Klachten in die periode ?

Algemene toestand toen ?

Behandelingen ?

• **Tussen 50 jaar en meer :**

Infecties ? ja nee - Welke ? Mononucleosis ? Hepatitis ?

Operaties ? Ongevallen ?

Klachten in die periode ?

Algemene toestand toen ?

Behandelingen ?

- **Omcirkel de hoeveelheid stress waarmee u te kampen krijgt op een schaal van 1 tot 10 (met 1 als laagste):**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **Hoe vindt u uzelf? O te mager O te dik O juist goed**

Bent u de laatste maanden onbedoeld 5 kg of meer bijgekomen of afgevallen?

- **Recente veranderingen in uw vermogen om te**

O zien O horen O proeven O ruiken O Koude/warmte te voelen

O bewegen(rechtop zitten, staan, wandelen, lopen, dingen oprapen, uw armen op en neer bewegen, uw hoofd omdraaien, vingers bewegen)

- **Sterke voorkeur voor één van de volgende smaken:**

O zuur O bitter O zoet O vol/vet O kruidig/scherp
O zout

- **Sterke afkeer voor één van de volgende smaken:**

O zuur O bitter O zoet O vol/vet O kruidig/scherp
O zout

- **Wordt uw slaap elke nacht op hetzelfde uur onderbroken? Indien ja, op welk uur?**

- **Moment van de dag waarop u het meeste energie hebt of het minste last van de symptomen**

7-9u	9-11u	11-13u	13-15u	15-17u	17-19u
19-21u	21-23u	23-1u	1-3u	3-5u	5-7u

- **Moment van de dag waarop u zich het slechts voelt of wanneer de symptomen het ergst zijn:**

7-9u	9-11u	11-13u	13-15u	15-17u	17-19u
19-21u	21-23u	23-1u	1-3u	3-5u	5-7u

- **Andere zaken die van belang kunnen zijn om deze begeleiding zo vlot mogelijk te laten verlopen.**

GELIEVE DE VOLGENDE VRAGEN TE BEANTWOORDEN

Lijdt U aan de volgende klachten ?	Niet	Weinig	Matig	Veel	Overweldigend
Kunt U slecht tegen stress ?					
Bent U meer vermoeid bij stress ?					
Bent U verward bij stress ?					
Is uw bloeddruk laag ?					
Wordt U overvallen door draainissen bij het rechtstaan ?					
Bent U bekaf rond 11 u of 16 u ?					
Bent U aangetrokken door gesuikerde voeding ?					
Bent U aangetrokken door gezouten voeding (of spijzen) ?					
Lijdt U aan spijsverteringsklachten (maag of darmklachten) ?					
Hebt U weinig eetlust ?					
Bent U mager ?					
Verdraagt U slecht medicaties ?					
Bent U euforisch (te enthousiast) ?					
Lijdt U aan overdreven agitatie ?					
Bent U vermoeid in rechtstaande houding en beter liggend ?					
Hebt u het gevoel te moeten urineren tijdens het rechtstaan?					

Is uw slaap licht, onrustig, angstig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U moeite om (weer) in te slapen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U kouwelijk in 't algemeen ?					
Bent U kouwelijk vooral 's avonds ?					
Hebt U last van dode witte/blauwe (winter) vingers ?					
Hebt U last van koude handen ?					
Hebt U last van koude voeten ?					
Hebt u een slechte bloedsomloop?					
Komt u makkelijk in gewicht bij?					
Bent U dikwijls moe of futloos ?					
<ul style="list-style-type: none"> voornamelijk bij rust, wanneer u stopt met bewegen ? 					
<ul style="list-style-type: none"> staat U moe op 's morgens 					
<ul style="list-style-type: none"> hebt U soms een gevoel van verminderde vitaliteit ? 					
<ul style="list-style-type: none"> apathie, verminderde levenslust ? 					
Bent U eerder traag en slaperig overdag ?					
<ul style="list-style-type: none"> Gemakkelijk verstrooid ? 					
Bent U dikwijls weemoedig ?					
Hebt U last van hoofdpijn ?					

Zo ja, gelokaliseerd : **rond de ogen ?**

op de zijkant van het hoofd ?

achterhoofd ?

Verspreid over het hele hoofd ?

Is uw geheugen verminderd ?					
• uw concentratie ook ?					
Voelt U zich dikwijls zeer nerveus (gespannen) ?					
• prikkelbaar (agressief) ?					
Hebt u soms een opgezwollen gevoel?					
• rond de ogen ?					
• gezicht ?					
• handen en voeten?					
Hebt u last van constipatie					
Hebt u vaak weinig eetlust					
Overdreven eetlust					
Hebt u een trage spijsvertering?					
Hebt U regelmatig neusbloedingen ?					
Klaagt U van trage hartkloppingen ?					
Geraakt U vlug in ademnood ?					
Hebt U 's nachts gemakkelijk spierkrampen ?					
• voeten					

• kuiten					
• handen					
Hebt U spataders ?					
Klaagt U van stijfheid in de gewrichten (vnl. 's morgens) ?					

Hebt U pijnlijke gewrichten ? Waar ?

Zo ja, beïnvloed door vochtig en/of koud weer ? Ja Neen

. Lijdt U aan allergie van de luchtwegen ?					
Bent U vlug verkouden ?					
Hebt U dikwijls last van keelpijn ?					
Is uw stem hees 's morgens ?					
Lijdt U aan oorsuizen ?					
Lijdt U aan doofheid ?					
Hebt U wel eens flauwteaanvallen met draainissen overdag ?					

- rond 11 u 00 Ja Neen

- rond 16 u 00 Ja Neen

Is uw huid eerder droog?					
Hebt U nagels die breken, spitsen?					
• Hebt U last van haaruitval ?					
• of traaggroeiend haar ?					

Urineert U weinig ?					
Drinkt U weinig ?					
Hebt U een permanent gevoel van warmte ?					
Zweet U over geheel uw lichaam ?					
Hebt U veel dorst ?					
Beeft uw lichaam ?					
Beven uw vingers?					
Hebt u vaak last van hartkloppingen?					
Voelt U zich abnormaal zenuwachtig ?					
Is uw rug meer naar voren gebogen dan vroeger ?					
Stapelt U vet op ter hoogte van de :					
• borsten ?					
• buik ?					
• dijbenen ?					
Hebt U een lange tijd nodig om weer op krachten te komen na een lichamelijke inspanning ?					
Lijdt U aan een neiging tot depressie ?					
Ziet U slecht : - om te lezen					

• om ver te zien					
Hebt U last van : - droge, prikkelige ogen ?					
droge mond ?					
voor de dames : droge vaginale slijmvliezen ? vaginale jeuk? vaginale schimmels?					
Hebt U gewoonlijk een bleke huid ?					
Verbrand uw huid gemakkelijk in de zon ?					
Ondervindt U pijn in de hartstreek bij stress of bij lichamelijke inspanningen ?					
Lijdt U aan speen (aambeien) ?					
Krijgt U gemakkelijk blauwe vlekken?					
Lijdt U aan : opvliegers ?					
zweetbuien ?					
Hebt U last van gewrichtspijnen ter hoogte van de : - hals - rug bovenste ledematen ? Waar ? onderste ledematen ? Waar ?					
Moet U te dikwijls over dag gaan wateren ?					
Moet U 's nachts opstaan om te					

wateren ?					
Hebt U een branderig gevoel bij het wateren ?					
<u>Voor volwassenen :</u>					
Is uw seksuele drift verminderd ?					
Lijdt U aan een vermindering van seksuele potentie ?					
<u>Voor mannen :</u>					
Groeit uw baard goed ?					
Vertoont U beharing op de borstkas					
<u>Voor dames :</u>					
Vertonen uw borsten een neiging tot verslappen ?					
Voor uw maanstonen, zwellen uw borsten pijnlijk op ?					
Voor uw maanstonen, is uw onderbuik opgezwollen ?					
Voor uw maanstonen, bent U prikkelbaar of depressief ?					
Zijn uw maanstonen pijnlijk op een constante wijze ?					
of met hevige krampen ?					

- Komen uw maanstonen regelmatig ? Neen Te kort Te lang

(27-31d) (26 dagen of minder) (32 dagen of meer)

- Ervaart u één van deze algemene symptomen?

slopende vermoeidheid	ademtekort
slapeloosheid	constipatie
diarree	hoofdpijn
depressie	misselijkheid
panische aanvallen	bloedingen
geen eetlust	geen zin in sex
overgeven	overdreven eetlust
lichte koorts	jeuk/uitslag
Huid die snel blauwe plekken vertoont	duizeligheid
Nachtelijk zweten	Haaruitval (verlies van haar aan de voorkant en
Overpigmentaties of donkere vlekken op de huid	bovenkant op het hoofd)
Zongevoeligheid	Acné
Zweren op de vingers en/of de tenen	Huiduitslag van ongekende oorzaak
Ongemak of pijn aan de ogen	Droge ogen
Heesheid, schorre of knarsende stem	Droge mond
Wonden aan de mond of aan de neus	Moeite met slikken
Uitgeput na lichte inspanning of lichaamsbeweging	Gebrek aan energie
Verlies van controle over de spieren	Pijn en zwakte over het hele lichaam
Stijfheid van gewrichten	Spierzwakte
Rugpijn, onverklaarbare breuken	Pijnlijk gevoel aan de beenderen, de gewrichten en de spieren, ontstekingen en pijn
Terugkomende opgeblazen gevoel in buik en buikpijn	Opzwellling van handen en voeten
Bleke, slechtruikende stoelgang	Draaierigheid bij plotse beweging
Pijn bij het plassen	Frequent urineren (vooral 's nachts)
Het gevoel hebben te moeten plassen	Extreem dorstgevoel
Pijnlijke maandstonden	Onregelmatige maandstonden
Overvloedige maandstonden	Tussentijdse bloedingen

• **Medische geschiedenis**

Artritis	Geïrriteerde darm
Allergie/hooikoorts	Nier- en of blaasziekte
Astma	Leerstoornissen
Auto-immuunziekten	Lever- en galblaasziekten
Problemen met de bloeddruk	Mentale ziekte
Bronchitis	Migraine/hoofdpijn
Chronisch vermoeidheidssyndroom	Sinusproblemen
Cholesterol (verhoogd)	Beroerte

Deze fiche is beschermd door de wet op de privacy en kan enkel gebruikt worden binnen de praktijk ism de cliënt. Derden hebben geen enkel recht deze te raadplegen of te copieren.

Problemen met de bloedcirculatie
Depressie
Diabetes
Eetstoornis
Epilepsie
Problemen met de oren, neus, keel
Gevoelig voor de omgeving
Fibromyalgie
Voedselintolerantie
Refluxziekte van maag en slokdarm
Depressie
Diabetes
Jicht
Hartziekten
Chronische infectie
Inflammatoire darmziekte

Gewoonten gezondheid

Tabak
Sigaretten; aantal/dag
Sigaren; aantal/dag
Alcohol
Wijn: aantal glazen/dag/week
Sterke drank: aantal glazen per dag/week
Bier: aantal glazen per dag/week
Cafeïne
Koffie: koppen van 180 ml/dag
Frisdrank: limonades etc
Andere
Water: aantal glazen/dag

Voeding en dieet

Gemengde voeding
Vegetarisch
Veganistisch
Zoutbeperking
Vetbeperking
Beperking koolhydraten/zetmeel
Totale caloriebeperking

Specifieke voedselbeperkingen? Gluten,
lactose,...?

Schildklierstoornissen
Obesitas
Huidproblemen
Gevoelig voor zweren
Infecties van urinekanaal
Spataders
Geïrriteerde darm
Nier- en of blaasziekte
Leerstoornissen
Lever- en galblaasziekten
Regelmatig verkouden

Lichaamsbeweging

5-7 dagen/week
3-4 dagen/week
1-2 dagen/week
Minder dan 30 minuten
Wandelen
Lopen- joggen
Zwemmen
Andere

Voedselfrequentie

Porties per dag:
Fruit
Donkergroene groenten
Andere
Bonen, erwten
Zuivel en eieren
Vlees, gevogelte,...

In uw familie (grootvader of grootmoeder langs vaders of moederskant, vader of moeder, broers, zusters, broers en zusters van uw ouders, uw kinderen) komen de volgende ziekten voort : (zo ja, kunt U de graad van verwantschap vermelden ?) :

<input type="checkbox"/> zwaarlijvigheid : Wie ?	<input type="checkbox"/> magerheid : Wie ?
<input type="checkbox"/> migraine : Wie ?	<input type="checkbox"/> depressie : Wie ?
<input type="checkbox"/> epilepsie : Wie ?	<input type="checkbox"/> eczema : Wie ?
<input type="checkbox"/> psoriasis : Wie ?	<input type="checkbox"/> acne : Wie ?
<input type="checkbox"/> longziekten : Wie ?	<input type="checkbox"/> chronische bronchitis : Wie ?
<input type="checkbox"/> tuberculose : Wie ?	<input type="checkbox"/> longemfyseem : Wie ?
<input type="checkbox"/> allergie : Wie ?	<input type="checkbox"/> schildklierproblemen : Wie ?
<input type="checkbox"/> hoge bloeddruk : Wie ?	<input type="checkbox"/> lage bloeddruk : Wie ?
<input type="checkbox"/> reuma : Wie?	<input type="checkbox"/> aderverkalking : Wie ?
<input type="checkbox"/> hartinfarcten : Wie ?	<input type="checkbox"/> jicht : Wie ?
<input type="checkbox"/> maagzweren : Wie ?	<input type="checkbox"/> galblaasstenen : Wie ?
<input type="checkbox"/> suikerziekte : Wie ?	<input type="checkbox"/> bedwateren : Wie ?
<input type="checkbox"/> kanker : Wie ? Welke ?	

Hebt u	nooit	Af en toe +/-	gemiddeld +	meestal ++	altijd +++
De wil om door te gaan, zelfs al is het moeilijk?	1	2	3	4	5
Toekomstperspectieven?	1	2	3	4	5
Voelt u zichzelf nuttig?	1	2	3	4	5
Hebt u een actief beroepsleven?	1	2	3	4	5
Kunt u makkelijk nieuwe situaties aan?	1	2	3	4	5
Bent u positief ingesteld	1	2	3	4	5
Vermijdt u stress en angsten?	1	2	3	4	5
Kunt u om met problemen, lost u die op?	1	2	3	4	5
Bent u in staat uzelf te beoordelen?	1	2	3	4	5
Hebt u een goed geheugen en helder denken?	1	2	3	4	5
Bent u volt in sociaal contact?	1	2	3	4	5
Volt u zich geliefd?	1	2	3	4	5
Bent u seksueel actief?	1	2	3	4	5
Hebt u een hecht gezinsleven?	1	2	3	4	5
Voelt u zich vrij?	1	2	3	4	5
Hebt u een passie in het leven?	1	2	3	4	5
Humor?	1	2	3	4	5
Basis waarden rond ecologie, leven etc. ?	1	2	3	4	5
Hebt u een evenwichtig slaapritme?	1	2	3	4	5
Voldoende, kwalitatieve slaap?	1	2	3	4	5
angsten?	5	4	3	2	1
Depressie?	5	4	3	2	1
Stress?	5	4	3	2	1
Kunt u omgaan met woede en kwaadheid?	5	4	3	2	1

Eet u					
<u>Melkproducten</u> : - melk					
Botermelk(karnemelk)					
yoghurt					
kaas					
platte kaas					
boter					
<u>Suikers</u> : - witte suiker, kandij suiker					
snoep					
chocolade					
taarten					
koekjes					
confituur, jam					
honing					
<u>Fruit</u> : - rijk aan vezels (sinaasappel, pomelmoes, ...)(1 fruit/dag = weinig)					
<u>Groenten</u> : - rauw					
gekookt					
gebakken in boter of olie					
komend uit blikjes of bokalen					
<u>Granen</u> : - brood					

volkorenbrood					
beschuiten, geroosterd brood					
muesli					
pastas					
Cornflakes					
<u>Vlees</u> : - gevogelte					
runds, varkens of paardenvlees					
gegrild of op barbecue gebakken					
in boter of olie gebakken					
in de oven klaargemaakt					
gekookt of gestoomd					
rauw					
charcuterie, beleg					
<u>Vis</u> : - gekookt					
in boter of in olie gebakken					
gekookt of gestoomd					
rauw					
(zee) <u>schelpdieren</u> (mosselen, garnalen, ...)					
<u>Biologische voedingswaren</u>					
<u>Wat drinkt U?</u> - gesuikerde dranken (limonade, tonics,...)					
Cafeïnehoudende dranken :					

- echte koffie					
cola					
Zwarte thee					
afgeleide : - granen / vruchtenkoffie					
gedecafeineerde koffie					
kruidenthee					
alcoholische dranken : - bier					
sterke dranken (whisky,...)					
wijn					
water : - spuitwater					
platwater hoeveel platwater drinkt U per dag ? liters per dag					

Breng indien mogelijk uw laatste bloeduitslag mee alsook bijsluiters van eventuele medicatie. Indien u over andere documenten beschikt die deze begeleiding kunnen optimaliseren mag u deze ook steeds meebrengen.

Hierbij verklaar ik (uw naam handgeschreven)

bij aanvang

van deze begeleiding op de hoogte te zijn van de aard van de begeleiding door Mw Nancy Popieul.

Ik verklaar begrepen te hebben dat deze begeleiding preventief en ondersteunend is en onder geen beding de diensten van een arts of medisch bevoegd persoon te vervangt.

Datum + handtekening

Voor onze tarieven raadpleeg www.popieulnancy.be