



Anamnese Cranio Therapie

Algemene gegevens

Datum:

Naam:

Leeftijd:

Huisarts:

Verzekering:

Eigen initiatief / verwezen door:

Anamnese

Klacht:

Sinds:

Verloop:

Invloed op klacht / verergering door:

Vermindering door:

Hoe ga je ermee om?

Oorzaak volgens jezelf:

Hulpvraag/verwachtingen (meerdere?):

Waarom Cranio (Sacrale) Therapie:

Medisch

Huidig medisch/paramedisch/emotioneel traject?

Andere vormen van hulp gehad?

Ongelukken/verwonding aan de schedel of aangezicht?:

Operaties/ziekenhuisopnames (in de voorgeschiedenis):

Ziekten (in de voorgeschiedenis):

Medicatie:

Genotsmiddelen (alcohol/roken/drugs):

Verslavingen?

0 is geen/niet en 10 is veel/heel goed.

Eetlust (0-10):

Slapen (0-10):

Energie (0-10):

Uitgerust wakker worden (0-10):

Onrust (0-10):

Omgevingsfactoren

Thuisituatie: 0 alleen 0 samenwonend/getrouwd 0 gescheiden 0 anders

Werk/dagbesteding:

Tevredenheid werk (0 – 10):

Ziek gemeld: ja / nee / nvt

Zo ja, sinds:

Evt levensovertuigingen:

Sport / bewegingspatroon:

Heb je aanvulling of zijn er dingen die van belang zijn, die kan je eventueel hieronder of in het eerste vraaggesprek delen.