**KLANTENKAART Deel 1 - KRUID OF ZO**

Gelieve de in blauw aangegeven gegevens in te vullen en voorafgaand per mail als **Word** document terug te sturen aan info@kruidofzo.nl.

|  |  |
| --- | --- |
| Cliëntnummer  |  |
| Datum  |  |
| Contact via |  |

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode/woonplaats |  |
| Telefoon  |  |
| Telefoon/mobiel |  |
| Email  |  |
| Geboortedatum |  |
| Verzekering |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Huisarts + plaats van vestiging |  |
| Overige therapeuten of specialisten |  |

**Leef-/woonomstandigheden**

|  |  |
| --- | --- |
| Woonsituatie |  |
| Werk/school |  |
| Vrije tijd |  |
| Voeding  |  |
| Eetlust  |  |
| Slaap/nachtrust |  |
| Diverse |  |

**Gezondheidshistorie**

|  |
| --- |
| Geef hieronder de aan welke opvallende ziektebeelden er zijn geweest in het verleden: |
| **Jaartal** | **Bijzonderheden** | **Maatregel**  | **Verergering bij** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Medicatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Geef hieronder een overzicht van de huidige medicatie; |  |
| **Jaartal** | **Medicatie** | **Klacht waarvoor het medicijn is ingezet** | **Toepassing\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Op welke wijze wordt deze medicatie gebruikt, bv slikken (inwendig), op de huid (uitwendig), inhaleren.

**Vaccinaties**

|  |
| --- |
| Geef hieronder een overzicht van de vaccinaties die gegeven zijn; |
| **Jaartal** | **Soort vaccinatie**  | **Eventuele reactie op de vaccinatie**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Familiegeschiedenis**

|  |
| --- |
| Geef hieronder aan welke opvallende ziektebeelden bij de familie bekend zijn: |
| Moederskant |  |
| Vaderskant |  |

**Huidige klachten**

|  |
| --- |
| Geef hieronder aan wat de klachten van dit moment zijn, eventueel andere belangrijke punten of gebeurtenissen en eventueel al genomen maatregelen: |
| **Klacht**:  |
| **Verergering bij**:  |
| **Overige**: |
| **Medicatie/maatregelen**: |

**Bedankt voor het invullen. De rest van de gegevens doen we tijdens het consult**