



## Health Check

Naam: .....

Geslacht: man / vrouw

Adres: .....

Plaats: .....

Tel: .....

E-mail: .....

Beroep: .....

Leeftijd: ..... jaar

Gewicht: ..... kg

Lengte: ..... cm

Heeft u kinderen: ja / nee

Zo ja, hoeveel: ..... leeftijd: .....

Bent u doorverwezen? Zo ja, door wie:

.....

Buikomvang: ..... cm  
(gemeten op middelpunt tussen onderkant borstkast en bovenkant heupen)

Rookt u: ja / nee  
Zo ja, hoeveel: ..... dag

Alcoholgebruik: ja / nee  
Zo ja, hoeveel: ..... glazen per dag  
..... glazen per week

Andere genotsmiddelen: ja / nee

Actief bewegen: ja / nee  
Zo ja, hoeveel: ..... minuten per dag  
..... dagen per week

Stress: veel / weinig / geen stress

Voeding:

- Ik eet wel / geen vis
- ik eet veel / weinig groenten
- ik eet veel / weining snacks,snoep,chips e.d
- ik eet veel / weining kant-en-klaar gerechten/producten
- ik eet veel / weing vlees,worst,kaas e.d
- ik drink veel / weinig frisdrank, vruchtensap, water
- ik gebruik veel / weing zout of suikers
- ik gebruik wel / geen voedingssupplementen

Levensstijl: goed / redelijk / slecht

Heeft u klachten? Zo ja wat is uw hoofdklacht?

.....  
.....  
.....

Heeft u daarnaast nog andere klachten?

.....  
.....  
.....

Zo ja, wanneer is dit / zijn deze begonnen?

.....  
.....  
.....

Zijn deze klachten continu of wisselend aanwezig? Graag toelichten.

.....  
.....  
.....

Welke actie heeft u zelf ondernomen betreffende deze klacht(en)?

.....  
.....  
.....

Komen er in de familie terugkerende klachten voor?

Zo ja, bij wie en welke klachten?

.....  
.....  
.....

Gebruikt u medicijnen of heeft u deze gebruikt? Zo ja welke?

.....  
.....  
.....

Welke vaccinaties heeft u gehad? Heeft u daarop lichamelijke reacties gehad?

.....  
.....  
.....

Heeft u last van allergische reacties? Zo ja, waarop?

.....  
.....  
.....

Heeft u weleens een darminfectie opgelopen? (bijv. in het buitenland)

ja / nee

Eventuele toelichting:

.....  
.....  
.....

Hoe is uw slaapritme?

- a. uitstekend
- b. last van slapeloosheid
- c. moeilijk inslapen
- d. in de nacht wakker worden. Tijdstip .....

Wat is de reden hiervan?

- a. dorst
- b. trek in eten
- c. nachtmerrie
- d. veel plassen. Ook overdag?      ja / nee



Vragen of opmerkingen:

.....  
.....  
.....

Neem de ingevulde vragenlijst mee naar uw consult.  
Neem voor het maken van een afspraak contact op met:

**nutricious**

Contactpersoon: Hennie moll

Zuiderzeestraatweg 175  
3849 AE Hierden  
T: 0341 454 788  
E: [info@nutricious.nl](mailto:info@nutricious.nl)  
I: [www.nutricious.nl](http://www.nutricious.nl)