

Personalia

Voornaam _____ Achternaam _____
Initialen _____ Titel _____
Geboortedatum _____ Geslacht MAN VROUW NEUTRAAL
Huisarts _____ Bericht akkoord JA NEE
Specialist _____
Verzekering _____ Nummer _____

Contactgegevens privé

E-mailadres _____
Telefoon _____ Mobiel _____
Straat + huisnummer _____
Postcode _____ Plaats _____
Land _____

Gezondheid gerelateerde informatie

Lengte _____ Gewicht _____ BMI _____
Taille-heup ratio _____ Bloeddruk _____ Lichaamsbeweging _____
Gezinssituatie _____
Reguliere diagnose _____
Voornaamste klacht _____
Overige klachten _____

Ziektegeschiedenis

Chronologische volgorde van de ziektegeschiedenis _____
Ziektegeschiedenis van uw familie/land van herkomst ouders _____

Heeft u Pfeiffer of Epstein Barr virus gehad en doorgemaakt? JA NEE
Zo ja, op welke leeftijd? _____ Volledig hersteld? JA NEE
Welke klachten had u? _____
Heeft u amalgaamvullingen JA NEE
Heeft u operaties ondergaan? JA NEE
Hoe slaapt u en wordt u uitgerust wakker? _____

Medicatie en supplementen

Medicijngebruik (in de tijd) en huidig gebruik _____
Aanvullende vitamines en mineralen en homeopathische middelen
Graag meenemen naar het consult _____

Categorie 1 - Hoe is de darmwerking? Heeft u al langer (meer dan 3 maanden) last van:

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ dagelijks meer dan 2 maal dunne diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ regelmatig waterdunne diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ dagelijks buikpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ bloed bij de ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ slijm bij de ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ constipatie afgewisseld met diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ chronische constipatie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ vermagering | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ bloedarmoede | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ arbeidsongeschikt door darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

U heeft:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ beperkingen door darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ werkverlies door darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ onlangs een endoscopie ondergaan | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Darmwerking categorie 2 - Heeft u wekelijks of maandelijks last van:

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ brijachtige ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ verhoogde aandrang | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ buikkrampen of buikpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ winderigheid of opgezetten buik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ ongevormde ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ ontlasting die plakt aan de wc | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ rottende of gistende ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ onverteerd voedsel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ misselijkheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ anale jeuk | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ vermoeidheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Bent u werkzaam geweest in/bij:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ de verpleging, verzorging, psychiatrie, peuterspeelzaal, (lucht)haven, dierverzorging, asielzoekersinstantie, afvalverwerking, vleesindustrie, slager, loodgieter | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
|---|-----------------------------|------------------------------|

Heeft u:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ ouders met bovenstaand beroep | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ frequent contact met dieren | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ gezinsleden/partner met darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ kleine kinderen met buikklasten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ homoseksueel contact (man) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ infectie gehad met darmparasieten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ partner/kind ooit geïnfecteerd met darmparasieten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ ontwikkelingslanden bezocht | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ ooit klachten tijdens/na tropenbezoek | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ ooit diarree tijdens vakantie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ ooit acute diarree na het zwemmen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ ooit acute diarree gehad na eten verkeerd voedsel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

Categorie 3 - Heeft u last van:

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ een opgezetten buik na het eten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ klachten na vet eten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ (zeurende) pijn in de bovenbuik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ familieleden met galklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | |
| ✓ vette ontlasting (beige van kleur) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ maagklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ een overmatige consumptie van brood, rijst en pasta (zetmeel) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Categorie 4 - Heeft u:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ klachten tijdens/na antibioticumkuur | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ acute darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ onlangs koorts gehad | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | |

Categorie 5 - Heeft u regelmatig perioden last van:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ winderigheid of een opgezetten buik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ brijachtige, ongevormde ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ ontlasting die plakt aan de wc | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ onverteerd voedsel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ misselijkheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ anale jeuk | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ vermoeidheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ toename klachten bij suiker of zetmeel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ toename van klachten na een antibioticumkuur | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ irritatie vagina (vrouw) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

Categorie 6 - Heeft u onlangs last gehad van:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ acute darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ acute diarree na verkeerd voedsel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ acute diarree na het zwemmen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ acute diarree tijdens vakantie of reis | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ plotseling koorts | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ dagelijks meer dan 2 maal diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ regelmatig waterdunne diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ dagelijks buikpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ slijm of bloed bij de ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

Categorie 7 - Heeft u last van:

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ maagpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ toename van maagpijn bij lege maag | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ zuurbranden | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ voedsel dat irriteert | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ een geïrriteerde keel en prikkelhoest | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ misselijkheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ boeren | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ een opgezetten buik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ u gebruikt maagzuurremmers | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Categorie 8 - Heeft u last van:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ dagelijks meer dan 2 maal diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ waterdunne diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ dagelijks buikpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ bloed in de ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ slijm bij de ontlasting | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ constipatie afgewisseld met diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ beperkingen door de klachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ vermagering | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ bloedarmoede | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | |
| ✓ ziekte van Crohn of colitis ulcerosa gehad | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | |

Categorie 9 - Heeft u last van:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ slijmvorming in de keel en keelpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ aften in de mond | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ vieze smaak in de mond | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ hoesten en benauwdheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ jeukende oren of ogen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ schimmelinfecties | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ schilfering van de huid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ jeukende huid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ eczeem | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ plasproblemen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ irritatie aan de blaas | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ irritatie aan de vagina (vrouw) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ gewrichtsklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ spierpijn of zwakte | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ slaapproblemen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ haaruitval | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ hoofdpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ verergering van klachten na suikerinname | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ een plotselinge behoefte aan suiker | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Categorie 10 - Heeft u last van:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ een opgezette buik na het eten van brood | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ een verlaagde weerstand | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ jeuk en huidklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Bent u bekend met:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ een voedselallergie of intolerantie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ glutenintolerantie bij familieleden | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ het hebben van darmklachten als kind | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

Categorie 11 - Heeft u na het nuttigen van rode wijn, oude kaas, noten en/of chocola last van:

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ darmklachten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ jeuk of rode vlekkerige huid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ slapeloosheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ hartkloppingen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ hoofdpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ loopneus | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ benauwdheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ duizeligheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ spierkrampen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Categorie 12 - Heeft u na het nuttigen van zuivelproducten last van:

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ een opgeblazen gevoel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ een opgezette buik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ winderigheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ misselijkheid | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ buikkrampen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ buikpijn | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ diarree | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Categorie 13 - Overige oorzaken van darmklachten
Voeding - u bent bekend met:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ een voedselintolerantie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een glutenintolerantie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een lactose-intolerantie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een tarwe-allergie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een koemelkallergie | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ andere allergie(en) | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |

Voeding - nuttigt u veel:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ noten (vaak/dagelijks) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ fruit-en groentesappen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ light producten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ junk food | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ magnetronmaaltijden | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ suiker op dagelijkse basis | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ zout op dagelijkse basis | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ koffie (meer dan 4 koppen per dag) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ sterke drank (meer dan 2 glazen per dag) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ hoge doseringen vitamines | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Dieet - ik eet of heb gegeten volgens:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ de schijf van 5 van het Voedingscentrum | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een keto-dieet | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ het Paleodieet | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ het FODMAP dieet | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een crashdieet (bijv. Sonja Bakker) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| ✓ een dieet met maaltijdvervangers als | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

Modifast of Slimfit

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ een candida-dieet | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|

Giftige stoffen - wordt u blootgesteld aan:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ✓ chemische stoffen (hobby of werk) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |
| ✓ landbouwbestrijdingsmiddelen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> REGELMATIG |

Vervolg categorie 13

Medicijnen - gebruikt u momenteel:

- hartmedicijnen JA NEE
- corticosteroiden JA NEE
- laxeremiddelen JA NEE
- slaapmiddelen JA NEE
- antidepressiva JA NEE
- medicijnen tegen diarree JA NEE
- Chinese kruiden JA NEE
- antibiotica JA NEE

Verslavingen - bent u bekend met:

- perioden van overeten JA NEE
- opzettelijk braken JA NEE
- anorexia JA NEE
- alcoholverslaving JA NEE
- drugsverslaving JA NEE
- roken JA NEE
- andere verslavingen JA NEE

Aanvullende vragen omtrent ontlasting

- wat is doorgaans de kleur van de ontlasting BRUIN LICHTBRUIN DONKERBRUIN BEIGE GEEL ANDERS _____
- wat is doorgaans de geur van de ontlasting _____
- frequentie _____ maal per dag/week
- moment van de dag (doorgaans) OCHTEND MIDDAG AVOND WISSELEND
- vorm
 - LOSSE, HARDE KEUTELS - MOEILIK UIT TE SCHEIDEN
 - ALS EEN WORST, MAAR KLONTERIG
 - ALS EEN WORST, MAAR MET BARSTJES AAN DE BUITENKANT
 - ALS EEN WORST OF SLANG, LANG EN ZACHT
 - ZACHTE KEUTELS MET DUIDELIJKE RANDEN - MAKKELIJK UIT TE SCHEIDEN
 - ZACHTE STUKJES MET GEHAVENDE RANDEN, EEN PAPPERIGE UITSCHIEDING
 - WATERIG, GEEN VASTE STUKJES, HELEMAAL VLOEIBAAR

Opleiding gerelateerde informatie en huidige werksituatie

- Kunt u aangeven wat voor werk/activiteiten u doet op een dag

- Kunt u aangeven welke keuzes u gemaakt heeft ten aanzien van sociale werkactiviteiten. Ervaart u beperkingen vanwege uw klachten?

- Hoe tevreden u bent met uw huidige activiteiten op dagelijkse basis
 ONTEVREDEN GAAT WEL WISSELEND TEVREDEN

Alleen voor vrouwen:

- gebruikt u de pil JA NEE
- hoe is uw menstruatie momenteel NORMAAL ONREGELMATIG
- hoe was uw menstruatie vroeger NORMAAL ONREGELMATIG
- bent u zwanger geweest en hoe vaak JA NEE
_____ maal
- waren er complicaties tijdens de zwangerschap JA NEE

Globale omschrijving dagelijkse inname voeding (+ tijdstip)

- Ontbijt _____

- Lunch _____

- Avondeten _____

- Tussendoortjes _____

