



Anamnese Formulier

Clïënt gegevens:

Naam:..... Man / Vrouw
 Voorletters:.....
 Roepnaam:
 Geboortedatum:.....
 Geboorteplaats:.....
 Straat:
 Postcode en Woonplaats:
 Telefoonnummer:.....06-.....
 Email:.....
 BSN-nr:.....
 Burgerlijke staat: Alleenstaand / Samenwonend / Gehuwd / Gescheiden / Thuiswonend
 Aantal kinderen:.....
 Hoogst genoten opleiding:.....
 Beroep:.....
 Vrijtijdsbesteding:.....
 Lengte: :..... Gewicht:.....
 Kleur haar:..... Kleur ogen:.....
 Huisarts:..... Telefoonnummer:.....

Klachten:

- 1.....Sinds.....
- 2.....Sinds.....
- 3.....Sinds.....
- 4.....Sinds.....

Zijn er omstandigheden die uw klachten verslechteren:

.....

Zijn er omstandigheden die uw klachten verbeteren:

.....



**Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching**

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Levensbeschrijving:

In het kort uw levensverhaal, hoe is m.b.t. u de zwangerschap en uw geboorte verlopen, uw jeugd, sterfgevallen, bijzondere en / of indringende gebeurtenissen, echtscheidingen etc:

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

In het kort uw ziektegeschiedenis, ziekenhuisopname, operaties, ongevallen, aandoeningen, doorgemaakte kinderziektes (jaartal vermelden) etc:

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

Erfelijke factoren:

Vader:

Afkomst:

Heeft uw vader bijzondere ziektes (gehad):.....

.....

Komen er in zijn familie bijzondere ziektes voor:

.....

Moeder:

Afkomst:

Heeft uw moeder bijzondere ziektes (gehad):.....

.....

Komen er in haar familie bijzondere ziektes voor:

.....



Avital Elbaz

**Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching**

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Kinderen:

Heeft uw kind(eren) bijzondere ziektes (gehad):.....
.....

Medicijngebruik:

Welke medicijnen of supplementen gebruikt u (naam en voor welke klacht):
Reguliere:.....
.....

Alternatieve:.....
.....

Welke medicijnen of supplementen heeft u in het verleden gebruikt (naam en voor welke klacht):
Reguliere:.....
.....

Alternatieve:.....
.....

Allergieën:

Voeding ja /nee, zo ja welke:.....
.....

Medicatie ja /nee, zo ja welke:.....
.....

Inhalatieallergenen ja /nee, zo ja welke:
.....

Voeding:

Ik verdraag geen:

Vlees.....
Rauwkost.....
Anders.....
Vette voeding.....
Scherpe kruiden.....



**Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching**

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Reactie op verdriet:.....
Reactie op boosheid:.....
Reactie op alleen zijn:.....

Angsten:

Gezondheid	ja / nee
Financiën	ja / nee
Ouderdom	ja / nee
Dood	ja / nee
Kritiek	ja / nee
Alleen zijn	ja / nee
Donker	ja / nee
Spoken / Geesten	ja / nee
Fobieën	ja / nee

Welke:.....

Anders:.....

Omschrijving van uw klachten

(huidige klachten = X, klachten uit het verleden = V)

Spielen en Skelet:

Botklachten.....	Gezwellen gewrichten.....
Botbreuken.....	Pijnlijke gewrichten.....
Botontkalking.....	Stijve gewrichten.....
Wervelkolomproblemen.....	Moeite met lopen.....
Rugklachten (hoog).....	Nekklachten.....
Rugklachten (laag).....	M.S.....
Spierpijn.....	R.S.I.....
Spierscheuringen.....	Hernia.....
Zwakke spieren.....	Armkklachten.....
Stijfheid bij het op gang komen.....	Beenklachten.....
Gevoelig voor weersveranderingen.....	



Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Hart en Bloedvaten:

Hartklachten.....	Hartkloppingen.....
Hartaanval.....	Aderverkalking.....
Onregelmatige Hartslag.....	Pijn op de borst.....
Te snelle hartslag.....	Spataderen.....
Te hoge bloeddruk.....	Te lage bloeddruk.....
Duizeligheid bij het opstaan.....	Bloedarmoede.....

Longen:

Longklachten.....	Ademhalingsklachten.....
Bronchitis.....	Astma.....
Hoesten.....	Heesheid.....
Benauwdheid.....	Longontsteking.....
Bloed ophoesten.....	Slijm ophoesten.....
Hooikoorts.....	Longemfyseem.....
Tuberculose.....	Hardnekkig hoesten.....

Keel, Neus en Oren:

Oorklachten.....	Oorontsteking.....
Oorgeruis.....	Neusklachten.....
Bijholteontsteking.....	Vaak verkouden.....
Verstopte neus.....	Loopneus.....
Bloedneus.....	Hooikoorts.....
Keelpijn.....	Angina.....

Maag-Darm kanaal:

Kapotte lippen.....	Pijnlijk tandvlees.....
Tandvleesontsteking.....	Aften.....
Bloedend tandvlees.....	Pijnlijke mond.....
Moeilijk praten.....	Gebitsklachten.....
Slechte adem.....	Amandelen geknipt.....
Tandprothese.....	Amalgaam vullingen.....



Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Opgeblazen gevoel.....
Gasvorming.....
Opboeren.....
Moeite met kauwen.....
Opbraken van voedsel.....
Bloedbraken.....
Diarree.....
Slijm in ontlasting.....
Aambeien.....
Leverklachten.....
Prikkelbare darmsyndroom.....
Onvoldoende darmlediging.....
Borrelen in buik.....

Winderigheid.....
Buikpijn.....
Zuurbranden.....
Moeite met slikken.....
Galbraken.....
Obstipatie.....
Constipatie.....
Bloed in ontlasting.....
Geelzucht.....
Galblaasklachten.....
Leverontsteking.....
Alveesklierontsteking.....
Galstenen.....

Frequentie Ontlasting:.....eer per week / per dag
Structuur: hard / brijig / dun

Nieren en Blaas:

Blaasproblemen.....
Pijnlijk plassen.....
Weinig urine / plasse.....
's Nachts veel plassen.....
Incontinentie.....
Nierbekkenontsteking.....

Blaasontsteking.....
Veel urine / plassen.....
Moeite met plassen.....
Afwijkende kleur urine.....
Druppelen.....
Nierstenen.....

Frequentie Urine:.....keer per week / per dag

Venerische ziekten:

Chlamydia	ja / nee
Gonorrhoe	ja / nee
Syfillis	ja / nee
Herpes	ja / nee
H.I.V. / AIDS	ja / nee



Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Huid, Haar en Nagels:

Huidirritatie.....	Eczeem.....
Psoriasis.....	Netelroos.....
Steenpuisten.....	Droge huid.....
Vette huid.....	Blaasjes.....
Pukkeltjes.....	Puistjes.....
Acne.....	Mee-eters.....
Herpes.....	Jeuk.....
Snel blauwe plekken.....	Haaruitval.....
Broze nagels.....	Kalknagels.....
Nagelbijten.....	Wratten.....
Kloven.....	Eelt.....

Zenuwstelsel:

Beven / trillen.....	Verdoofd gevoel.....
Krampen.....	Gevoelsverlies.....
Verlamming.....	Wazig gezichtsveld.....
Hoofdpijn.....	Flauwvallen.....
Spiertrekkingen.....	Epileptische aanvallen.....
Zenuwpijnen.....	Verwardheid.....
Depressies.....	Zenuwzinking.....
Suïcidaal.....	Burn-out.....
Overspannen.....	Angststoornis.....
Geheugenverlies.....	Vergeetachtigheid.....
Rusteloze benen.....	Slechte concentratie.....
Verlies van smaak.....	Verlies van reuk.....
Verlies van gehoor.....	Verlies van spierkracht.....
Verlies van zicht.....	Overgevoelig voor geur.....
Overgevoelig voor licht.....	Overgevoelig voor geluid.....
Duizeligheid.....	Draaiduizelig.....
Waas voor ogen.....	Sterretjes zien.....
Duizelig alleen bij liggen.....	Duizelig alleen bij opstaan.....



Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Paranormale verschijnselen:

Heldervoelend: ja /nee
Helderhorend: ja /nee
Helderziend: ja /nee
Helderwetend: ja /nee
Contact met overledenen: ja /nee

Alleen voor de man:

Druppelend urineren..... Moeite met plassen.....
Prostaatklachten..... Pijnlijke testikels.....
Knobbels op testikels..... Gezwollen testikels.....
Brandend gevoel aan penis..... Erectie problemen.....
Gebrek aan libido..... Overmatig libido.....
Anders:

Alleen voor de vrouw:

Op welke leeftijd had u de eerste menstruatie:jaar
Menopauze: Op welke leeftijd had u de laatste menstruatie..... jaar

Menstruatie pijnlijk..... Veel bloedverlies.....
Bloed met stolsels..... Weinig bloedverlies.....
Gebruik anti conceptie pil..... Spiraaltje.....
Vaginale schimmelinfecties..... Vaginale afscheiding.....
Pijnlijke borsten..... Knobbeltjes borsten.....
Borstprotheses..... Operaties baarmoeder.....
Onregelmatige menstruatie..... Opvliegers.....
Tussentijds bloedverlies..... PMS.....
Gebrek aan libido..... Overmatig libido.....
Anders:



Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Bent u zwanger geweest: ja / nee

kind 1: problemen zwangerschap ja / nee.....
miskraam, zo ja met welke termijn.....
abortus, zo ja met welke termijn.....
problemen geboorte ja / nee.....
m/v geboortedatum.....

kind 2: problemen zwangerschap ja / nee.....
miskraam, zo ja met welke termijn.....
abortus, zo ja met welke termijn.....
problemen geboorte ja / nee.....
m/v geboortedatum.....

kind 3: problemen zwangerschap ja / nee.....
miskraam, zo ja met welke termijn.....
abortus, zo ja met welke termijn.....
problemen geboorte ja / nee.....
m/v geboortedatum.....

kind 4: problemen zwangerschap ja / nee.....
miskraam, zo ja met welke termijn.....
abortus, zo ja met welke termijn.....
problemen geboorte ja / nee.....
m/v geboortedatum.....

Afsluiting:

Heeft u speciale, onverklaarbare gevoeligheden of merkwaardige verschijnselen, of wellicht andere zaken waarvan u meent dat ze belangrijk zijn:

.....
.....

Als u het gevoel hebt nog niet alles opgeschreven te hebben, maar u weet niet precies wat u vergeet, maakt u zich dan geen zorgen. De vragenlijst wordt op de eerste afspraak samen met u door genomen.



**Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching**

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875



Behandelingsovereenkomst

Ondergetekenden,

..... uit

en

..... uit

verklaren hierbij de volgende behandeling te zijn overeengekomen:

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

De behandelingsovereenkomst wordt door beide partijen ondertekend en brengt voor beide partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen waaronder de uitvoering van de overeenkomst zal plaatsvinden (welke bepalingen zijn vermeld op de achterzijde van dit blad).

Op deze overeenkomst is het Nederlands Recht van toepassing.

Aldus naar waarheid ingevuld.

.....
Plaats Datum

.....
Handtekening Therapeut Handtekening Cliënt



**Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching**

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Onderstaande pagina's a.u.b. niet retourneren!

Het anamneseformulier en de behandelingsovereenkomst zie ik graag 7 dagen voor het eerste consult zo uitgebreid mogelijk ingevuld retour.

Tijdens het intakegesprek neem ik, zoals eerder vermeld, samen met u het anamneseformulier nog eens uitgebreid door. De SKB bloedtest hoort standaard bij de behandelprocedure, in een later stadium kan blijken dat een faeces-, vaginale flora- of haaronderzoek noodzakelijk is. Tijdens de vervolgspraak bespreek ik met u de uitslagen van desbetreffende onderzoeken en test ik het onderbewustzijn met de biosensor of d.m.v. spiertesten. Dit om de voor u juiste behandelwijze te kunnen bepalen en medicatie en dosering zo accuraat mogelijk te kunnen voorschrijven. Ook kunnen op deze manier allergieën, "onderdrukte" emoties of gebeurtenissen opgespoord worden.

Behandelingsduur

Chronische klachten ontstaan niet in enkele maanden. Er gaat lange tijd overheen. Bij sommige ziektes is de basis zelfs al in de prille jeugd of genen gelegd (miasma). Natuurlijke geneeswijze bestaan uit het bij de wortel aanpakken van de oorzaak van de ziekte, het daar te corrigeren en vervolgens een gezonde levensstijl opbouwen, zodat het lichaam het zelfgenezend vermogen kan aanspreken. Het is daarom van belang, dat u beseft dat het genezingsproces de nodige tijd in beslag zal nemen. Belangrijk is dat u de aangegeven therapie en de adviezen die daarbij horen, voor zover mogelijk, opvolgt en dus het nodige ervoor doet of laat.

Belangrijk

Indien u reeds onder behandeling bent van huisarts of specialist is het van belang dat u daar onder behandeling blijft. Ik verzoek u vriendelijk, om alle reguliere en/of alternatieve medicatie/supplementen die u (regelmatig) gebruikt, naar ieder consult mee te nemen.

Het is niet voldoende om alleen de bijsluiters mee te nemen!

Soms worden klachten veroorzaakt door bijwerkingen of combinaties van medicijnen/supplementen. Ik adviseer niet op het gebied van reguliere medicijnen, dit is de verantwoordelijkheid van uw behandeld arts.

Wel kan het zo zijn, dat middels het testen een aanwijzing wordt gevonden dat een bepaald middel minder goed wordt verdragen.

Bij verandering in gebruik van reguliere medicijnen dient u altijd vooraf overleg te plegen met de voorschrijvende arts.



Avital Elbaz

Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875

Bepalingen betreffende de behandelingsovereenkomst

De RING therapeut is gehouden te handelen conform de RING regelgeving.

Op de voorpagina van deze overeenkomst zal globaal worden weergegeven welke klachten de cliënt/patiënt heeft, wat de wijze van behandeling zal zijn en met welke (bezoek)frequentie de behandeling zal plaatsvinden.

Relevante wijzigingen hierin zullen steeds worden vastgelegd.

De cliënt verplicht zich middels het intake- en anamneseformulier relevante informatie aan de RING therapeut te verstrekken.

De cliënt heeft het recht tot inzage in het eigen dossier.

De cliënt verplicht zich een afspraak tijdig (minimaal 2 werkdagen van tevoren) af te zeggen, daarna kan de consultprijs in rekening worden gebracht, afhankelijk van de reden van afmelding.

De RING therapeut verplicht zich informatie betreffende de behandeling te verstrekken aan de cliënt in alle fasen van de behandeling.

De RING therapeut zal geheimhouding betrachten ten aanzien van door de cliënt t.b.v. het dossier verstrekte gegevens (m.u.v. de gegevens waaromtrent de cliënt/patiënt heeft verklaard dat hij/zij geen bezwaar maakt tegen het gebruik voor statistische doeleinden).

De RING therapeut mag zonder toestemming van de cliënt/patiënt geen bepaalde (be-) handelingen verrichten.

De RING therapeut verplicht zich de cliënt correct door te verwijzen naar een collega- therapeut of een arts, indien zijn behandeling niet geëigend en/of toereikend is.

De RING therapeut is verplicht een beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hebben.

Beëindiging van de behandeling kan te allen tijde met wederzijds goedvinden geschieden. Indien de hulpvrager voortzetting van de overeenkomst niet langer op prijs stelt of nodig acht, kan hij deze eenzijdig beëindigen. Indien de hulpvrager tegen het advies in van de RING therapeut de overeenkomst beëindigt, zal de hulpvrager op verzoek van de RING therapeut een verklaring ondertekenen waarin hij te kennen geeft dat hij tegen het advies van de RING therapeut in, voor eigen risico, het onderzoek of de behandeling voortijdig heeft beëindigd.

De RING therapeut kan de overeenkomst slechts eenzijdig onder vermelding van argumenten beëindigen, indien redelijkerwijs niet van hem kan worden gevergd dat hij de overeenkomst voortzet. De RING therapeut zal in een dergelijke situatie hulp en adviezen blijven verlenen, totdat de hulpvrager een overeenkomst met een andere hulpverlener heeft kunnen sluiten.

Betalingswijze van de behandelingen is per consult. Of te wel contant of te wel binnen 7 dagen op het bankrekeningnummer.

Voor eventuele klachten over de behandeling kan de cliënt zich wenden tot de klachtencommissie van de beroepsorganisatie van de therapeut of tot het onafhankelijk Klachten- en Tuchtrechtbureau Natuurgerichte Gezondheidszorg voor RING therapeuten.



Avital Elbaz

**Praktijk voor Alternatieve Geneeswijzen,
Therapie en Coaching**

A: Marianellastraat 15
1069 NL AMSTERDAM

T: 020-6194051
E: info@avitalelbaz.nl
W: www.avitalelbaz.nl

ING Bank: 666483914
KvK Amsterdam: 34358643
BTW: 191641431B01

NNG: 11003
RING: 11.1.253.14875