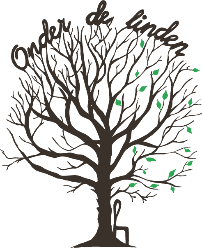
****

**Holistisch praktijk Onder de Linden**

**Lidnummer: A018**

**Cliëntenregistratieformulier**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | : |  | |
| Naam | : |  | |
| Gebdatum | : |  | |
| Straatnaam | : |  | |
| Woonplaats + Postcode | : |  | |
| Telefoon | : |  | |
| E-mail | : |  | |
| BSN | : |  | |
| Verzekeringsnummer | : |  | |
| Zorgververzekeraar | : |  | |
| Dagtaak / beroep | : |  | |
| Klachtomschrijving(en) | : |  | |
|  | | | |
|  | | | |
| Sinds | : |  | |
| Eventuele operaties | : |  | |
| Eetpatroon | : |  | |
| Ontlasting/Plassen | : |  | |
| Menstruatie cyclus | : |  | |
| Rookt u | : | □ Ja | □ Nee |
| Gebruikt u alchohol | : | □ Ja | □ Nee |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Huisarts: |  |  | | |
| Huisarts / Specialist op de hoogte van u klachten? | | | □ Ja | □ Nee |
| Naam | : |  | | |
| Plaats | : |  | | |
| Telefoon | : |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnose volgens reguliere geneeskunde: | | |
| Medicijn gebruik | : |  |
| Nu nog in behandeling bij | : |  |
| In behandeling geweest bij | : |  |

Bijzonderheden levensloop: (denk aan gezondheidsklachten of bijzondere gebeurtenissen)  
**Zie volgende bladzijde voor het invulveld!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Babytijd | : |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Kindertijd | : |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Puperteit | : |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Volwassene | : |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |