




Persoonlijke documentatie en vragen t.b.v. analyse individueel recept HCK voedingsstoffen

Hoe vult u het vragenformulier in?

Onderstaande tabel laat de verschillende keuzemogelijkheden zien.

Verklaring	Omschrijving
Keuzevakje <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Melk/Melkproducten	Vierkante vakjes worden bij vragen gebruikt waar meerdere antwoorden mogelijk zijn.
Keuze type 1 <input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Man	Rondjes worden bij vragen gebruikt waar maar één antwoord mogelijk is.
Keuze type 2 regelmaat nooit ① tot ⑤ (bijna) altijd 	Bij deze variant is slechts één keuze mogelijk. De grafiek van groen naar rood laat zien hoe de getallen te interpreteren zijn.
Getallenvelden: <input type="text"/> <input type="text"/> Maanden	In deze kaders kunnen enkel getallen worden ingevuld. In elke vakje één getal invullen.

Persoonlijke gegevens

Geslacht:	<input type="radio"/> Vrouw	<input type="radio"/> Man
Voor- / achternaam:		
Straat / nummer:		
Postcode / woonplaats:		
Land:		
Telefoonnummer:		
E-mail:		
Geboortedatum (bv 22.07.1965):		
Gewicht (in kg):		
Grootte (in cm):	Buikomvang (in cm):	

Privacy

Uw persoonlijke gegevens uit dit formulier worden met inachtnaam van de geldende regels voor privacy vertrouwelijk behandeld en niet doorgegeven aan derden. De gegevens worden uitsluitend voor deze rapportage elektronisch opgeslagen. Voor statistische (interne) analyses worden alle gegevens geanonimiseerd, waarbij terug herleiden naar individuele personen niet mogelijk is. Van toepassing zijn de algemene voorwaarden versie av 1.2 zoals vermeld op onze internetsite: www.salusmed.nl.

Ik ga hierbij akkoord met de algemene voorwaarden en de opslag van mijn gegevens:

Datum / Handtekening:	<hr/>
-----------------------	-------

Activiteit

Hoe is uw beroepssituatie het beste te omschrijven:

- Uitsluitend zittende of liggende levenswijze (bijvoorbeeld: oude of zieke mensen)
- Uitsluitend zittend werk met weinig of geen inspannende afwisseling (bijvoorbeeld: kantoormedewerker, machine-operator, computerwerkzaamheden)
- Zittende activiteit, deels ook extra inspanning door lopen of anderszins bewegen. (bijvoorbeeld: laborant, student, chauffeur, manager)
- Overwegend beweging tijdens het werk (bijvoorbeeld: huisvrouw, verkoper, ober, politieagent)
- Fysiek zwaar werk (bijvoorbeeld: bouwvakker, topsporter, hovenier)

Hoe vaak in de week sport u of bezigt u andere inspannende lichamelijke activiteit? (meer dan 30 minuten)

- Nooit 1-3 keer 4 keer of vaker

Eetgewoonten

	nooit	zelden	regelmatig	dagelijks	dagelijks veel	zeer veel
Hoe vaak eet u vlees?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak eet u vis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak eet u eieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak gebruikt u melkproducten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vaak eet u fruit, salade of groente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoeveel drinkt u per dag?

- < 1 liter 1-2 liter 2-3 liter > 3 liter

Hoeveel alcohol drinkt u? (glas wijn = 0.2 liter; glas bier +0.5 liter)

- Niets Zelden Dagelijks 1 glas > 3 glazen/dag > 1 fles/dag

Hoeveel rookt u?

- Niets < 10 sigaretten/dag 1 pakje/dag >1 pakje/dag > 2 pakjes/dag

Wordt er in uw omgeving gerookt?

- Nee Ja

Verdraagt u een van onderstaande producten niet of slecht? (meerdere keuzes mogelijk)

- Gluten Vruchten algemeen Pollen/Hooikoorts etc.
- Melk/Melkproducten Citrusvruchten Zeefruit/Schaaldieren

Diagnose

Aan de rechterzijde geeft u aan hoe vaak u last heeft van genoemde klachten gedurende de afgelopen 12 maanden.

regelmaat
nooit ① tot ④ (bijna) altijd

Obstipatie (verstopping)

①--②--③--④

Diarree

①--②--③--④

Heeft u weerkerende oprispingen van de maagwand en/of maagklachten?

Nee Ja

Lijdt u aan weerkerend brandend zuur in de maag?

Nee Ja

Diagnose

Bent u in de laatste vijf jaar onder behandeling geweest voor kanker?

Nee

Ja

Kan een versterking van het immuunsysteem negatieve gevolgen hebben?
(bijv. bij transplantaties, inname van immuunsuppressiva)

Nee

Ja

Ziekten / aandoeningen

Is één of meerdere ziekten op u van toepassing? (meerdere keuzes mogelijk)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Herpes (lippenherpes, gordelroos) |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer / Dementie | <input type="checkbox"/> Status na hartinfarct |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerose | <input type="checkbox"/> Zwak hart |
| <input type="checkbox"/> Artrose (slijtage gewrichten) | <input type="checkbox"/> Hartritmestoornis |
| <input type="checkbox"/> (Bronchiale) Astma | <input type="checkbox"/> Hyperactiviteit (leer- en concentratiestoornissen, ADHD, hyperkinetisch syndroom) |
| <input type="checkbox"/> Bloedvet-stofwisselingsstoornis | <input type="checkbox"/> Kanker (acuut, onder behandeling) |
| <input type="checkbox"/> Hypertensie / Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Ouderdoms maculadegeneratie |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Migraine |
| <input type="checkbox"/> Burnout-syndroom | <input type="checkbox"/> Multiple sclerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Chronische vermoeidheid (CVS) | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Darmziekte (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) | <input type="checkbox"/> Chronische nierinsufficiëntie |
| <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (type 1) | <input type="checkbox"/> Parodontitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (type 2) | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Ontstekingsziekte (reuma) | <input type="checkbox"/> Potentieproblemen (erectiele disfunctie) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Regelmatige verkoudheid | <input type="checkbox"/> Overactieve schildklier |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (weefsel-, spierpijn) | <input type="checkbox"/> Onderactieve schildklier |
| <input type="checkbox"/> Gastritis (chronische helicobacter-pylori infectie, maagslijmvliesontsteking) | <input type="checkbox"/> Tinnitus (oorsuizen) |
| <input type="checkbox"/> Haaruitval, broze nagels | <input type="checkbox"/> Coeliakie |
| | <input type="checkbox"/> Overige: _____ |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Medicijngebruik

S.v.p. aankruisen welke medicijnen u regelmatig inneemt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lipiden / Cholesterol verlagere | <input type="checkbox"/> Antiadiposita (gewichtsafname) |
| <input type="checkbox"/> Anti-diabetes / Insuline | <input type="checkbox"/> Jicht medicijnen |
| <input type="checkbox"/> Antihypertensiva (bloeddrukverlagere) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Diuretica | <input type="checkbox"/> Parkinson medicijnen |
| <input type="checkbox"/> Bloedverdunners | <input type="checkbox"/> Andere medicijnen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormonen | <input type="checkbox"/> _____ |

Preparaten microvoedingsstoffen:
(vitamines, mineralen, e.d.)

Overige medicamenten:

Moest bij u ooit de dosering van een medicament of voedingssupplement gereduceerd worden, omdat u er te sterk op reageerde?

Nee

Ja

Alléén voor vrouwen (bovenste gedeelte)

Heeft u menstratieklachten? Nee Ja

Heeft u overgangsklachten? Nee Ja

Heeft u libidoproblemen? Nee Ja

Cyclusdag

1e tot 10e dag

11e tot 17e dag

18e tot 28e dag

Geen cyclusdag vanwege hormoontherapie
(b.v. pil / minipil / hormoonpleister / spiraal / ...)

Geen cyclusdag vanwege zwangerschap

Geen cyclusdag vanwege borstvoeding

Geen cyclusdag vanwege overgang (menopauze)

Geen cyclusdag vanwege postmenopauze (senium)

Algemeen welbevinden (voor mannen en vrouwen)

Slaapt u goed?

(Bijna) nooit Zelden Soms Regelmatig (Bijna) altijd

Bent u rustig en ontspannen?

(Bijna) nooit Zelden Soms Regelmatig (Bijna) altijd

Heeft u een goed humeur?

(Bijna) nooit Zelden Soms Regelmatig (Bijna) altijd

Heeft u veel energie?

(Bijna) nooit Zelden Soms Regelmatig (Bijna) altijd

Voelt u zich gestresst?

(Bijna) altijd Regelmatig Soms Zelden (Bijna) nooit

Bent u ontmoedigd of treurig?

(Bijna) altijd Regelmatig Soms Zelden (Bijna) nooit

Voelt u zich in uw vitaliteit beperkt?

(Bijna) altijd Regelmatig Soms Zelden (Bijna) nooit

Bent u teneergeslagen of angstig?

(Bijna) altijd Regelmatig Soms Zelden (Bijna) nooit

Ondervindt u door mentale problemen beperkingen in uw dagelijkse bezigheden?

(Bijna) altijd Regelmatig Soms Zelden (Bijna) nooit