

# Praktijk: Emilia Gransberg

Ayurveda massage / Rebalancing.

Brouwersgracht 70  
1013 GX Amsterdam  
06-18631660

---

Datum: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_ Naam: \_\_\_\_\_ M/V

Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_ Geb.Tijd: \_\_\_\_\_

Gezinsituatie: alleenstaand/ gehuwd / samenwonend \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Vorige beroepen \_\_\_\_\_

Sport, Hobby, Vrije tijd: \_\_\_\_\_

Medicijngebruik: \_\_\_\_\_

Behandelend arts/specialist/ therapeut: \_\_\_\_\_

Door wie bent u geïnformeerd/ geadviseerd: \_\_\_\_\_

Wat is uw hulpvraag? \_\_\_\_\_

Zijn er specifieke klachten op het moment? \_\_\_\_\_

-----  
Kunt u aangeven waar u de klachten voelt?  
-----  
-----

Kunt u de aard van de pijn omschrijven? -----

Stekend / brandernd / zeurend / kloppend / beklemmend .

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? Ja / Nee

Zo ja, hoe? -----

Welke omstandigheden (koude / warmte / rust / stress / honger / eten / liggen / staan / lopen / zitten / fysieke belasting / psychische belasting ) geven verbetering?  
-----

En verergering? -----

Hoe voelt u zich in het algemeen? Prima / Verdrietig / Angstig / Rusteloos /

Geirriteerd /-----

Zijn er momenten op een dag van inzinking?-----

Rookt u? Ja/ Nee . Zo ja : hoeveel per dag?-----

Gebruikt u alcohol? Ja/Nee . Zo ja : hoeveel per dag? -----

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? -----

Drinkt u koffie? Ja/ Nee . Zo ja: hoeveel per dag? -----

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoening (hart-en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen.

Moeder:-----

Vader:-----

Overige familieleden: -----

Bent u ooit eerder onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bv. homeopaat, acupuncturist, magnetiseur)?

-----

Kunt u aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor oude klachten, de rechter voor recente klachten. Beide kan dus ook.. Doorhalen wat niet van toepassing is.

**ALGEMEEN:**

- 0 0 hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks  
waar in het hoofd \_\_\_\_\_
- 0 0 slapeloosheid
- 0 0 slecht inslapen
- 0 0 gewichtsverandering: toename/ afname
- 0 0 duizeligheid
- 0 0 moeheid, continu/ ochtend / middag / avond
- 0 0 dubbel/ vaag zien
- 0 0 allergie: \_\_\_\_\_

**SPIEREN EN GEWRICHTEN:**

- 0 0 gespannen /slappe spieren
- 0 0 lage rugpijn
- 0 0 nekpijn
- 0 0 tintelingen / uitstraling
- 0 0 gewrichtspijnen
- 0 0 spierpijnen / krampen
- 0 0 bewegingsbeperking
- 0 0 reuma

**GESTELDHEID:**

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| 0 0 zenuwachtigheid      |                           |
| 0 0 depressies           |                           |
| 0 0 overbezorgdheid      |                           |
| 0 0 concentratiezwakte   |                           |
| 0 0 geheugenvermindering | 0 0 weinig zelfvertrouwen |
| 0 0 angst                | 0 0 verdriet, droefheid   |
| 0 0 veel piekeren        | 0 0 besluiteloosheid      |
| 0 0 lusteloosheid        | 0 0 geïrriteerdheid       |
| 0 0 opkroppen            | 0 0 opvliegers            |

