***Vragenlijst Voedingsschema***

Aanhef: Fam. Mevr. Dhr.

Voornaam:

Achternaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Email:

Geboortedatum:

Geslacht: Vrouw,Man

Gewicht thuis (kg) :

Leeftijd:

Gebruikt u voedingssupplementen? Ja,Nee

Zo ja, welke?

Voedingsgewoonte

Drinkt u koffie? Ja,Nee

Zo ja, hoeveel kopjes drinkt u gemiddeld per dag?

Drinkt u water en/of kruidendrank? Ja,Nee

Gebruikt u alcoholische dranken? Ja,Nee

Zo ja, welke en hoeveel per dag?

Gezondheidsverleden

Heeft u of vermoed u bij uzelf een voedselallergie? Ja,Nee

Zo ja, voor welke voeding bent u allergisch?

Heeft u andere allergieën (bijv. hooikoorts)? Ja,Nee

Zo ja, waar bent u allergisch voor?

Zweet u vaak of veel? Ja,Nee

Ervaart u veel stress? Ja,Nee

Heeft u huidklachten? Ja,Nee

Zo ja, welke?

Alleen voor Vrouwen

Bent u in de overgang? Ja,Nee

Zo ja, hoe lang al?

Algemene Vragen mbt de Huidige Conditie

Zijn uw klachten periode-afhankelijk? (afhankelijk van het weer, de menstruatie of anders. Beschrijf dit kort)

Hoe is uw weerstand? (verkouden/griep)

Heeft u voldoende energie of bent u vaak vermoeid?

Is uw bloeddruk: Te hoog, Te laag, Wisselend

Heeft u problemen met slapen? Ja,Nee

Zo ja, met het in slaap vallen? Met het doorslapen?

Wordt u 's nachts wakker? Ja,Nee

Komt u 's ochtends gemakkelijk en uitgerust uit bed? Ja,Nee

Heeft u problemen met bewegen? (lopen, staan zitten, liggen en/of werken) Ja,Nee

Zo ja, welke problemen ervaart u hiermee?

Love yourself enough to live a healthy lifestyle…