

MARJA VERMAAS

NATURGENEESKUNDIG THERAPEUT

ADEMHALINGSTHERAPIE | SPORTMASSAGE

Naam : Tel nr: E-mail:

Vul a.u.b. deze vragenlijst in. Kruis per onderwerp een vakje aan.

Klachten	vaak	soms	niet
Druk op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn in de schouders of nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gevoel dat er een band om het hoofd zit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licht gevoel in het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gevoel dat u gaat flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daadwerkelijk flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgeblazen of drukkend gevoel op de maag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak boeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak urineren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree/obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevende handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dood of tintelend gevoel in de handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dood of tintelend gevoel in de voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dood of tintelend gevoel rondom de mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stijf of verkrampt gevoel in de handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude of bleke handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwabber benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gejaagdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervositeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onzeker gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst (in het algemeen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trillingen over het hele lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onwerkelijk gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afwezig gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongelukkig gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huilen met of zonder reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prop in de keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelende tong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite met praten (niet uit uw woorden kunnen komen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite met helder denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wazig zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dubbel zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorsuizingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak zuchten of gapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademnood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstdromen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gevoel hebben dat u teveel ademt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel vermoeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overmatig transpireren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst/paniekstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wanneer u na het invullen van deze klachtenlijst meer dan 7 klachten met vaak heeft beantwoord kunt u al in aanmerking komen voor een ademhalingstraining. Neem dan a.u.b. contact met mij op per telefoon of via e-mail. U kunt mij ook bellen of mailen voor andere vragen.

Postadres : Resedastraat 46 2951 BX Alblasterdam e-mail: vermaasm@gmail.com

Praktijk : Potgieterstraat 2 2951 XS Alblasterdam tel. 06 - 201 75 903

KvK nr. 50610937 | NOAG reg. nr. 2951-A-11030 | BTW nr. NL180934892B01 | AGB-code 90-045608

ING rek.nr. 75.43.70.321 | Iban: NL84INGB0754370321 | BIC: INGBNL2A

www.marjavermaas.nl