

J.R. TISSCHER, arts

- Reumatoloog
- Specialist natuurgeneeskunde

www.drtisscher.org

AGB 03-024021

AGB 84-53610

ZBC RHIJNAUWEN,

AGB 22220053

Medisch Analytisch en Therapeutisch Centrum

voor Reuma, Fibromyalgie, CVS / ME en andere chronische ziekten

Aangesloten bij: ABNG 2000, NAAV**Secretariaat : Mathildestraat 5B, 4901 HC OOSTERHOUT (NB) tel: 0162-466566**

Bij spoedgevallen (alleen dan) bv. bijwerkingen van medicijnen, acuut opvlammen van de klachten kunt u bellen met 06-23234646 alle dagen van de week!

Geachte heer/mevrouw, op

om**uur**heeft u een afspraak met **dr. Tisser** op het volgende praktijkadres van het ZBC Rhijnauwen :**Bunnik** : Gezondheids Centrum Bunnik, Regulierenring 9**Oosterhout** : Gezondheids Centrum Oosterhout (via Gezondheidswinkel Broeders, Keiweg 7)

Werkwijze: De praktijk is gebaseerd op meer dan 30 jaar ervaring: eerst als internist, daarna als reumatoloog en specialist natuurgeneeskunde. Uw klachten worden van meerdere kanten bekeken.

Het eerste consult is een intake gesprek waarbij gebruik gemaakt wordt van een vragenlijst, aan te vragen via e-mail: info@drtisscher.org en ook wordt zo nodig een zgn HartRitmeVariatie test afgenomen in geval van bv. vermoeidheidsklachten. Dit is een digitale test en vergt 10 minuten.

Het tweede consult voor de reguliere geneeskundige diagnostiek wordt gedeclareerd volgens de wettelijke regeling, de zogeheten Diagnose-Behandeling Combinatie (DBC) voor reumatologen. Ik ben als reumatoloog verbonden aan het Zelfstandige Behandel Centrum (ZBC) Rhijnauwen met de hoofdzetel in Bunnik.

Behandeling volgens het reguliere traject valt onder de basisverzekering, hiervoor is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. Voor behandeling volgens het alternatieve traject is vergoeding van consulten afhankelijk van de polisvoorwaarden van uw aanvullende verzekering.

TARIEVEN (Als Natuurarts / NAAV) :**Contant of per pin** rechtstreeks aan mij te voldoen :

Kosten intakeconsult (max. 1 uur)	: €130,-	Recept/aanvragen lab., fysioth., etc.	: €12,40
Kosten alternatief consult (max. 30 min.)	: € 75,-	Uitgebreide telefonische consulten	: €30,-
Daarna per aangebroken 10 minuten	: € 25,-	Echografische botmeting	: €40,-

Wilt U het onderstaande **VOLLEDIG** invullen, naar mij terugmailen, zelf opslaan en voor uzelf een kopie meenemen naar het spreekuur.

U kunt met de muis of met de **TAB-knop** door de (blauwe) invulvelden lopen.

Consultdatum : om uur

Naam	<input type="text"/>	voorletters :	<input type="text"/>	voorvoegsel:	<input type="text"/>
Geboortenaam	<input type="text"/>	voorletters :	<input type="text"/>	voorvoegsel:	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	BSN	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>		
Postc./Plaats	<input type="text"/>	Tel:	<input type="text"/>		
Huisarts	Dr. <input type="text"/>	M/V	<input type="text"/>		
Adres huisarts	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>		
Postc./Plaats	<input type="text"/>	Polisnummer :	<input type="text"/>		
Naam Zorgverzekeraar	<input type="text"/>	Restitutie / Natura polis (R of N)	<input type="text"/>		
UZOVI code	<input type="text"/>	Fax.nr. Apotheek :	<input type="text"/>		
Naam Apotheek	<input type="text"/>				
Uw gewicht is:	<input type="text"/>	kg.			
Uw lengte is:	<input type="text"/>	cm.			

Ik verzoek u bij het eerste consult een kopie mee te nemen van:

- de verzekeringspas of -polis,
- legitimatiebewijs met BSN nummer.

Indien mogelijk gaarne een verwijzing van de huisarts vragen en meenemen.

(voor 1e consult niet noodzakelijk)

Neem recente laboratorium en röntgenverslagen mee

(vraag ev. een kopie op Cd-rom aan de Röntgenafdeling)

Het voorkomt overbodige bepalingen en kosten.

Welke medicijnen gebruikt u nu? (gaarne lijst meenemen)

(**TIP:** u kunt een medicijnpaspoort aan uw apotheek vragen)

Naam:

Geb.datum:

Onder welke diagnose staat u bekend / welke ziekten en operaties heeft u doorgemaakt? :

Voor welke klachten komt u bij mij ?

Wilt U bij onderstaande vragen de letter of letters invullen die voor u van toepassing zijn of eventueel aanvullen. (Indien niet van toepassing of onbekend dan niets invullen)

De klachten zijn (a) sluipend / (b) acuut ontstaan

Wanneer?

(a) jaren geleden/ (b) als baby/ (c) kleuter / (d) scholier / (e) in de pubertijd / (f) onlangs

Waarna / waardoor?

1 Infectie

(a)koorts (b)keelpijn (c)griep (d)longontsteking (e)diarree (f)blaasontsteking (g)afscheiding

2 Hormonaal

(a) schildklierandoening (b) tijdens (c) na zwangerschap (d) overgang in **sinds** jaartal?

3 Huidafwijking

(a)psoriasis (b)eczeem (c)tekenbeet (d) andere: **sinds** jaartal?

4 Overbelasting

(a)werk / (b)ongeluk/ (c)operatie/ (d)verhuizing/ (e)arbeidsconflict / (f)stress /

(g)medicijnen gebruik of contact/ (h)vergiftiging met chemicaliën /

(j)anders, namelijk

Sinds wanneer zijn de klachten toegenomen:

Hoe is het beloop?

5 Ik ben (a) soms klachtenvrij

6 Het klachtenpatroon duurt vaak (a) 1 tot 3 dagen

7 Het klachtenpatroon is

(a) verspringend van aard / (b) constant aanwezig / (c) is niet elke dag even erg

8 Het is (a) vermoeiend / (b) afmattend / uitputtend.

9 Het is

(a) dragelijk / (b) hinderlijk / (c) ontzettend / (d) onhoudbaar / (e) verontrustend (f) beangstigend

10 Het is het ergst

(a) in de nachtelijke uren / (b) 's morgens / (c) overdag / (d) 's middags / (e) 's avonds.

- 11 Ik heb klachten bij
 (a) lopen / (b) lang staan / (c) zitten / (d) in rust / (e) in beweging /
 (f) werkzaamheden als/zoals:
- 12 Ik ben (a) al/ (b) nog moe 's morgens vroeg bij het opstaan
- 13 Ik knap pas (a) 's middags / (b) 's avonds af

Indien u **GEEN gewrichtsklachten** heeft, sla het onderstaande over en begin bij de **VRAGENLIJST GEZONDHEIDSINSCHATTING** op pagina 5.

Indien u last heeft van de hieronder vermelde gewrichten, spieren of pezen 1 t/m 17, zet dan een onder rechts en/of links bij (a) (b) (c) (d) (meerdere kruisjes mogelijk!)

X

- (a) U heeft pijn, te benoemen als kloppend, barstend, gloeiend, zeurend, knagend, prikkend, stekend, doorborend, krampend, schietend, snijdend, ijskoud, brandend, jeukend, elektrisch, knellend, snoerend.
- (b) U heeft gewrichten, spieren of pezen die stijf, strak, gespannen, dik aanvoelen.
- (c) U heeft gewrichten, spieren of pezen die verdikt, gezwollen, vervormd zijn.
- (d) Uw klachten zijn constant / dagelijks aanwezig.

	r e c h t s				l i n k s			
	(a)	(b)	(c)	(d)	(a)	(b)	(c)	(d)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

S.v.p. met **X** aangeven indien van toepassing

- 18 voet aangepaste schoenen.
- 19 tenen inlegzolen.
- 20 nagelafwijking handen kalk, schimmel, dun, inscheurend, golvend.
- 21 nagelafwijking voeten kalk, schimmel

	rechts	links

De ochtendstijfheid / stramheid in rug / gewrichten / vingers duurt minuten

7	Veroorzaken emotionele stormen volledige uitputting, moet u gaan liggen als u onder stress staat.			
8	Bent u geregeld verkouden, meer dan 1 a 2 maal per jaar?			
9	Heeft u ongebruikelijke behoefte aan zout?			
10	Zweet u overmatig ?			
11	Neemt uw huid een bruinachtige kleur aan; ontstaan bruine vlekken op de huid (levertvlekken)			
12	Heeft u pijnlijke vingergewrichten? Is u verteld dat u reumatoïde artritis had?			
		SOMS	REGEL	ELKE
C	1 Heeft u voor zover u weet, aanhoudende hoge bloeddruk?			
	2 Bent u fysiek sterker dan de gemiddelde mens?			
	3 Bent u licht geraakt, krijgt snel woede uitbarstingen. houd er niet van gedwarsboomd te worden.			
	4 VROUW: overmatige haargroei op het gelaat, armen en benen, u komt mannelijk over.			
	5 MAN: kaal, overmatige haargroei op armen en rug, gespierd, hoekig gebouwd. agressief in zaken/ sport			
		SOMS	REGEL	ELKE
D	1 Bent u niet in staat uw adem 20 seconden in te houden? (gebruik de seconden wijzer).			
	2 Zucht en gaapt u vaak?			
	3 Heeft u het gevoel te zullen stikken, opent ramen in een gesloten kamer?			
	4 Heeft u het gevoel soms buiten adem te zijn, zelfs zonder lichamelijke inspanning?			
	5 Voelt u zich buiten adem als u onder stress staat?			
	6 Men merkt op dat u luidruchtig adem haalt, men hoort u ademen in een rustige ruimte.			
		SOMS	VAAK/ REGELMATIG	ALTIJD/ ELKE KEER
GROEP III De stress hormonen				
A	1 Zijn uw spieren 's morgens stijf, wilt u uw spieren spannen, voelt u ze kraken na een poosje zitten?			
	2 U voelt zich duizelig of misselijk 's morgens?			
	3 Last van wagenziekte bij reizen, van duizeligheid wanneer u op staat of gaat liggen?			
	4 Schijnt uw hart zo nu en dan slagen over te slaan of onregelmatig te kloppen?			
	5 Zijn de volgende symptomen 's nachts erger: hoest, heesheid, spierkrampen?			
	6 Heeft u last van slapeloosheid, rusteloosheid, geheugenverlies. Vergeetachtigheid?			
	7 Voelt u zich 's middags beter, 's morgens slechter?			
		SOMS	REGEL	ELKE
B	1 Bent U geestelijk snel op, houdt er niet van druk te werken of geobserveerd te worden, huilt gemakkelijk.			
	2 U komt aan, verliest geen gewicht met diëten.			
	3 U heeft jarenlang last van chronische verstopping.			

- 4 De huid is dik, rimpelig , pafferig.
 5 U voelt zich 's morgens beter, 's middags slechter.
 6 U heeft moeilijkheden met concentreren, bent gemakkelijk afgeleid.
 7 Het haar van het buitenste derde deel van de wenkbrauwen is heel dun of afwezig.

SOMS REGEL ELKE

- C** 1 Klopt uw hart tijdens bedrust meer dan 90x per minuut
 2 Trilt uw uitgestoken tong (gebruik een spiegel. schudden of beven uw handen (neem een vel papier)
 3 Heeft U steeds achtereenvolgens een enorme energie, gevolgd door een gevoel van uitputting?
 4 Heeft u sterke, gezonde tanden, gebitsprothese, amalgaam, bruggen, kronen, paradontose?
 5 Heeft u een goede eetlust, maar komt u niet aan ofschoon u meer gaat eten?
 6 Heeft u fijne trekken, dunne huid, dun haar?
 7 Is uw gedrag grillig, wispelturig?
 8 Is uw evenwicht niet goed? (sluit uw ogen en ga op één been staan).

GROEP IV De geslachtshormonen

**SOMS
 VAAK/
 REGELMATIG
 ALTIJD/
 ELKE KEER**

SECTIE A DEEL I (VROUWEN)

- A** 1 Heeft u menstratieklachten bijv. onregelmatig, rugklachten, pijnlijke borsten e.d.?
 2 Last van overgangssymptomen (opvliegers, droge schede, droge huid, slappe borsten).
 3 Heeft u gynaecologische operaties ondergaan: Uterus/ eierstok extirpatie?
 4 Voelt u zich zenuwachtig, depressief voordat u ongesteld wordt?
 5 Bent u niet in staat kinderen te krijgen door steriliteit? (dus niet door leeftijd of operatie).
 6 Heeft u meerdere malen een miskraam gehad?

SECTIE A DEEL II (MANNEN)

SOMS REGEL ELKE

- A** 1 Heeft u moeilijkheden met urineren, startproblemen, branden.: 'U moet er 's nachts voor opstaan?
 2 U vindt dat er verband is tussen bovenstaande klachten en rug- of beenpijnen, constipatie/ verstopping.
 3 Men heeft u gezegd dat uw prostaat klachten veroorzaakt.
 4 Heeft u een prostaatoperatie gehad?
 5 Bent u niet in staat kinderen te krijgen door steriliteit? (dus niet door leeftijd of operatie).

SECTIE B VOOR BEIDE GESLACHTEN :

SOMS REGEL ELKE

- B** 1 Heeft u last van spierzwakte, zwakke greep, zwakke benen, dingen voelen ongewoon zwaar aan?
 2 Worden spieren in bepaalde delen van het lichaam dunner?
 3 Heeft u scherpe pijnen in de borst na lichamelijke inspanning?
 4 Last van een verdoofd gevoel of verlies van gevoel?
 5 Nachtelijk zweten, angstig wakker worden?
 6 Laat u dingen uit uw handen vallen, grijpt u op de verkeerde plaatsen ergens naar?

B	1	U heeft last van nachtelijk zweet, veel meer dorst dan anders			
	2	U heeft last van chronische moeheid, verminderde weerstand.			
	3	U heeft vaak steenpuisten, beenwonden, letsels genezen heel langzaam.			
	4	U heeft last van overgewicht			
	5	Van lichamelijke inspanning knapt U op.			
	6	Men heeft U gezegd dat U suiker in de urine , diabetes (suikerziekte) heeft.			
	7	Een familielid heeft diabetes			
	8	U heeft behoefte aan zoetheid maar eten daarvan heft geen symptomen op.			
			SOMS	VAAK/ REGELMATIG	ALTIJD/ ELKE KEER

GROEP VIII Het mens zijn en zijn omgeving

SECTIE A Het gevoel en voorgevoel

A	1	Ik ben een gevoelig mens/snel op de tenen getrapt Ik had op de lagere school moeite met leren/middelmaat/ging mij gemakkelijk af.			
	2	Wat is uw bijzondere gave: normaal: ik ben goed in: <input type="text"/> Paranormaal: dromen,voelen,horen,zien,ruiken,uit treden			

SECTIE B Relatie met de omgeving (Barometer / vochtigheidsgraad / elektrische lading)

B	3	Het klachtenpatroon is weersgevoelig. Wat zijn de klachten dan? <input type="text"/>			
		Het neemt toe of af bij (soort weer invullen): <input type="text"/>			
	4	Trillingen Zonlicht/ schemer/ donker : <input type="text"/>			
		Hoogspanningskabels/tl verlichting: <input type="text"/>			
	5	Geluid hoog/ laag/ overgevoelig voor geluid : <input type="text"/>			
	6	Gassen en dampen Sigarettenrook <input type="text"/>			
		Auto uitlaatgassen diesel/LPG <input type="text"/>			
		Verfgeur/ organische oplosmiddelen Chloor/ andere dampen <input type="text"/>			
		Parfum <input type="text"/>			
	7	Bloemen/ planten/ dieren <input type="text"/>			
8	Chemicaliën Kleur. geur en smaakstoffen. <input type="text"/>				
9	Medicijnen <input type="text"/>				
Welke medicijnen gebruikt u nu? (gaarne lijst meenemen)					
(TIP: u kunt een medicijnpaspoort aan uw apotheek vragen)					

DOORGEMAAKTE ZIEKTEN/OPERATIES

In de familie komt voor: (X invullen als ziekte voorkomt)			
astma	<input type="checkbox"/>	reuma	<input type="checkbox"/>
bronchitis	<input type="checkbox"/>	gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>
hooikoorts	<input type="checkbox"/>	psoriasis	<input type="checkbox"/>
eczeem	<input type="checkbox"/>	hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/>
migraine	<input type="checkbox"/>	of :	<input type="checkbox"/>

MIJN EETGEWOONTE

Wilt u met cijfers aangeven hoe vaak en waarom u dit gebruikt.:

HOE VAAK	WAAROM
1. Dagelijks	6. Krijg ik klachten van
2. Meerdere malen per week	7. Lust ik niet
3. 1 x per week	8. Daar kan ik niet buiten
4. Af en toe / soms	9. Bevalt mij goed
5. Nooit	10. Daar kom ik van aan, denk ik

Voorbeeld:

cacao: **5,7** (Nooit, lust ik niet) koffie: **1,8** (Dagelijks, daar kan ik niet buiten.)

thee: **4,9** (Soms,bevalt mij goed)

		HOE VAAK	WAAR-OM		HOE VAAK	WAAR-OM
Dranken	cichorei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	thee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	cacao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leidingwater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	koffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mineraalwater/bronwater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meel	gist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rijst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	roggemeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	havermout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tarwemeel (wit-bruin-volkoren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groenten I	aardappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rabarber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	biet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	koolraap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wortel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groenten II.	prei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	radijs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andijvie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	augurk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tomaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groenten III	komkommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	witlof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	spinazie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snijbonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groenten IV	sperciebonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuinbonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	peultjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	doperwten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bloemkool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	savoye kool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peulvruchten	boerenkool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spruitkool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	rode kool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zuurkool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bruine bonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	groene erwten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuivel, ei	grauwe erwten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	witte bonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eigeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaasmengsels	ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eiwit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Edammer kaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goudse kaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vlees I	Friese kaas			Leidse kaas		
	lam			rund		
	paard			varken		
Vlees II	schaap					
	eend			kip		
	haas			konijn		
Vis I	bokking			schelvis		
	haring			schol		
	kabeljauw					
Vis II	garnalen			sardines		
	mosselen			tong		
	paling			zalm		
Fruit I	aardbei			meloen		
	appel			peer		
	druiven			pruim		
Fruit I	aalbessen			kers		
	abrikoos			kruisbessen		
	framboos					
Fruit III	banaan			perzik		
	citroen			sinasappel		
	dadel			vijg		
Noten	grapefruit					
	pinda			hazelnoot		
	amandel			walnoot		
Deegwaren	cocosnoot					
	gelatine			maïzena		
	honing			tabak		
Specerijen.	macaroni			vermicelli		
	cayennepeper			mosterd		
	kaneel			peper		
Specerijen II	knoflook			selderij.		
	foelie			nootmuskaat		
	gember			paprika		
Olie/bak-en-braad boter	kerry			sambal		
Alcoholische dranken	olijfolie			boterGhee		
	witte wijn			bier		
	rode wijn			andere:		
Frisdrank.	whisky					
				soort:		
Broodbeleg .	vleeswaren			pindakaas		
	zoetigheid				0	
Tussendoortjes.				zoals:		

BIJ OVERGEWICHT (anders bent u klaar met invullen)

Beantwoordt de vraag met JA indien u er last van heeft of het met ja kan beantwoorden.

Type A.*		JA
1	Blijft u dooreten/drinken ook nadat uw honger is gestild?	<input type="checkbox"/>
2	Blijft u met plezier dooreten/drinken ook als u een vol gevoel, opgeblazen gevoel of zwaar gevoel in de maag heeft?	<input type="checkbox"/>
3	Eet/drinkt u ongemerkt/heimelijk nadat u een normaal diner heeft gehad? (Bezoekt u daarna regelmatig de koelkast?)	<input type="checkbox"/>
4	Verliest u de controle over u zelf met eten waardoor u niet meer met eten kunt stoppen? Zo ja, welk(e) voedingsmiddel(len)/dranken trekt(ken) u dan aan?	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
5	Heeft u dikwijls nog meer honger nadat u iets heeft gegeten?	<input type="checkbox"/>
6	Heeft u het gevoel dat U gedwongen wordt iets te eten of te drinken? Zo ja, welk(e) voedingsmiddel(len)/dranken trekt(ken) u dan aan?	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
7	Heeft u 's nachts een onbehagelijk gevoel waardoor u naar eten/snoep/drank grijpt?	<input type="checkbox"/>
8	Durft u anderen te vertellen hoeveel u eet/drinkt?	<input type="checkbox"/>
9	Bent u een "schrok-op"/haastige eter/drinker ofschoon u geen haast heeft?	<input type="checkbox"/>
10	Komt het soms voor dat u er veel geld voor over heeft om te kunnen, eten/drinken waar u trek in heeft?	<input type="checkbox"/>
Type B.*		JA
11	Smacht u vaak naar een bepaald levensmiddel/gerecht/drank?	<input type="checkbox"/>
12	Heeft u een onbevredigend/onbehagelijk gevoel tenzij u een bepaald levensmiddel/drank heeft kunnen eten?	<input type="checkbox"/>
13	Heeft u (enige) last van de volgende klachten als u honger heeft en voordat u gaat eten? Slap, moe, hoofdpijn, onrust, depressie, geïrriteerdheid, misselijkheid, beverig, anderszins	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
14	Verdwijnen deze klachten na de maaltijd?	<input type="checkbox"/>
15	Maakt u zelfs een omweg bij het inkopen om een bepaald levensmiddel of drank waarnaar u snakt te kopen?	<input type="checkbox"/>
16	Dagdroomt u over een bepaald levensmiddel/eten/drank?	<input type="checkbox"/>
17	Hamstert u bepaalde levensmiddelen/gerechten/dranken om er zeker van te zijn dat u het altijd bij de hand heeft?	<input type="checkbox"/>
18	Koopt u speciale kookboeken om uw favoriete gerecht te kunnen klaarmaken?	<input type="checkbox"/>
19	Bent u niet tevreden met uw maaltijd als deze niet wordt afgerond met zoetigheid?	<input type="checkbox"/>
20	Wordt u in uw omgeving geroemd om uw kookkunst?	<input type="checkbox"/>

Welke diëten heeft u in het verleden reeds gevolgd en wat was het resultaat?**Indien u nog bijzonderheden wilt toevoegen kunt u dit hieronder vermelden.****Wilt u meedoen met het afvallen onder medische begeleiding? J(a) / N(ee) / M(isschien)**
(de zogenaamde BiaMed methode)