

FOLLOW-UP

Uw naam en andere contactgegevens (Gelieve de informatie in de gele ruimten in te vullen)						Datum ...
Voornaam	Naam			Leeftijd		
Uw gezondheid		Hoe voel u ?		<input type="checkbox"/> Heel goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Middelmatig <input type="checkbox"/> Niet goed <input type="checkbox"/> Zeer zwak		
Verbeteringen sinds de laatste raadpleging?	Verbetering 1					Sinds
	Verbetering 2					Sinds
	Verbetering 3					Sinds
	Verbetering 4					Sinds
Belangrijkste klachten (Momenteel)	Klacht 1					Sinds
	Klacht 2					Sinds
	Klacht 3					Sinds
	Klacht 4					Sinds
	Klacht 5					Sinds
Geneesmiddel(en) of supplement(en) die U momenteel neemt (naam, dosis en sinds hoelang U ze neemt)						
Het suppletieprogramma werd volledig gevolgd als (inclusief op voorgeschreven doses)						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Indien wijzigingen, de niet genomen supplementen aangeven, zijn gestopt of zijn op een andere dosis zijn genomen						
Schildklier	Welke ?	<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Transdermale testosteron	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Hydrocortison	Afgeleid:...	<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Testosteron injectie intramusc.	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
DHEA		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Oestrogel, oestrodose	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Fludrocortisone, aldostérone		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Utrogestan	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Desmopressine					Duphaston	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Mélatonine, sublinguaal		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Groeihormoon	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Mélatonine, oraal		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	IGF-1 (Increlex)	<input type="checkbox"/> Ja, dosis: .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Andere :		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Andere :	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Andere :		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Andere :	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Andere :		<input type="checkbox"/> Ja, dosis: mg	<input type="checkbox"/> Niet ingenomen	<input type="checkbox"/> Gestopt	Andere :	<input type="checkbox"/> Ja, dosis .. mg <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Gestopt
Uw gezondheid: Beschrijf deze door slechts 1 vakje (" <input type="checkbox"/> ") per vraag aan te kruisen in de gele ruimten						
Klachten van ↓ Schildklierhormoontekort ↓						
SCORE: van nee (0) tot zeer belangrijke klacht (+++)	0	±	+	++	+++	SCORE 0 ± + ++ +++
Overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochtendvermoeidheid
Diffuus (overal) hoofdhaarverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochtendtraagheid
Broze, breekbare nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochtenddepressie
"Pufferig" gezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoofdpijn : Diffuus (in het hele hoofd)
Gezwellen onderste oogleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oorsuizen (tinnitus)
Neiging om in gewicht bij te komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochtendstijfheid (in het lichaam)
Koud	Overmatige gevoeligheid voor kou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diffuse gewrichtspijn
	Koude handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipatie
	Koude voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spierkrampen ('s nachts)
Droge en ruwe huid op de ellebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalveren Voeten
Klachten van ↑ Te veel schildklierhormonen ↑						
Magerheid (te mager lichaam) ondanks veel eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervuus (met innerlijke tremor)
Overdreven honger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tachycardie (snelle hartkloppingen)
Overmatige warmte sensatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buitensporige angst
Diffuus zweten (haar, gezicht, romp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slapeloosheid (de hele nacht)
Klachten van ↓ Cortisol-tekort ↓						
Pigmentvlekken op het gezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lage stress weerstand
Dermatitis, eczeem, psoriasis (gezicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In stressvolle omstandigheden
Allergie	Huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tekort aan vitaliteit
	Neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotionele crisis
	Keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemakkelijk verward
	Drugintolerantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zoete hunkeren naar
Douleurs articulaires	Schouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darm
	Handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastritis
						Buikpijn
						Gastro-enteritis/colites
Klachten van ↑ Te veel Cortisol ↑						
Opgezwollen (rond, ballonvormig) gezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactiviteit, versterkt
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slapeloosheid

FOLLOW-UP

Klachten van ↓ ↓ Aldosteron-tekort ↓ ↓															
SCORE: van nee (0) tot zeer belangrijke klacht (+++)			0	±	+	++	+++	SCORE			0	±	+	++	+++
Lage bloeddruk			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leeg gevoel in het hoofd			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizigheid bij het opstaan (orthostatisme)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lust naar zout en zoutig voeding			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich beter in zijn hoofd voelen als je gaat liggen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overdag vaak moeten plassen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten van ↑ ↑ Te veel Aldosteron ↑ ↑															
Gezwellen	Voeten (in de late namiddag, avond)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoge bloeddruk			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten van ↓ ↓ DHEA-tekort ↓ ↓															
Lichaams haar	Weinig, verminderde okselbehaaring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droog	Droge ogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weinig, verminderde schaamhaar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Klachten van ↑ ↑ Te veel DHEA ↑ ↑															
Acne			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haaruitval (bij vrouwen)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten van ↓ ↓ Insuline-tekort ↓ ↓															
Mager gezicht			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spier-verzakking	Hangende triceps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magerheid (te mager lichaam) ondanks veel eten			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hangende billen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten van ↑ ↑ Te veel Insuline ↑ ↑															
Overgewicht			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dikke (zwaarlijvige)	Gezicht	Buik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borsten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heupen		Dijen (cellulitis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Klachten van ↓ ↓ Thyrosine-alfa-1-tekort ↓ ↓															
Terugkerende infecties	Oor (otitis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische infecties	Lymeziekte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neus (rhinitis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epstein-Barr (klierkoorts)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Keel (faryngitis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Weerstandig tegen behandeling acne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bronchitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatitis B of C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herpes	Lippen (koortsblaasjes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kanker	Momenteel actief: welk type		Naam:			
Genitale (herpes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Klachten van ↓ ↓ Testosteron en oestrogeentekort ↓ ↓															
Bleekgezicht			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente vermoeidheid (de hele dag door)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Droge ogen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente depressie (de hele dag door)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewrichtspijnen	Hals (cervicaal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geheugenverlies		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Middenrug (dorsaal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opvliegers (op gezicht & bovenste van borst)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
arthralgieën	Knie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intens zweten (gezicht & bovenste van borst)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hartpijnen (bij stress & oefeningen)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexualiteit	↓ Seksueel verlangen (↓ libido)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urine-incontinentie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seksuele impotentie (↓ coïtus)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van ↓ ↓ Testosterondeficiëntie ↓ ↓															
Arm Spieren	↓ Spierkracht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blauwe plekken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	↓ Spiervolume		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vlug vermoeid: bij sporten, fysieke activiteiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dik	Heupen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intense emoties		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dijen (cellulitis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aarzelen, neiging zich zorgen maken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FOLLOW-UP

VROUWEN: Klachten van ↓ Oestrogeen tekort ↓															
Haaruitval op de top van de schedel (vertex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruele cyclus	<input type="checkbox"/> Regelmatig: 27-31 dagen							
Verlies van vrouwelijkheid in het gezicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Kort ≤ 26 dagen <input type="checkbox"/> Lang ≥ 32 dagen							
Zakkende borsten (ptosis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Afwisseling van korte / lange cycli							
Blaasontstekingen (cystitis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruat ie	Geen bloedverlies <input type="checkbox"/> sinds > 6 maanden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginale droogheid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depressief (tijdens de menstruatie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn tijdens seks (dyspareunia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hoofdpijn (tijdens de menstruatie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fluctuerende, heftige krampen in onderbuik (spasmodische dysmenorroe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VROUWEN : Klachten ↓ Progesterontekort ↓															
Voor de regels: PMS (premenstrueel syndroom)	Pijn in de borsten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tijdens de menstrua tie	Overvloedige regels (menorrhagie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irritable, nerveux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pijn tijdens de eisprong (in de onderbuik)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANNEN : Klachten van ↓ Testosterondeficiëntie ↓															
Erecties	↓ Ochtend erecties		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostaat	Moelijk om te plassen (dysurie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓ Frequentie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Plassen met pijn (mictalgie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VROUWEN & MANNEN : Klachten van ↑ Te veel Testosteron ↑															
Rood (getint) gezicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sterke seksuele geur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vettig haar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overtollig seksueel verlangen (libido ++)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erecties: ↑↑ Overmatige frequentie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van ↓ Melatonine-tekort ↓															
Moeilijk in slaap vallen	Eerste 4 uur van de nacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostaat	Oppervlakkige en rusteloze slaap		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laatste 4 uur van de nacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ruminatie, maak de nacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten van ↑ Te veel Melatonine ↑															
3 uur diepe slaap en dan 1-3 u wakker blijven		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	"Zwaar" hoofd " in de ochtend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van ↓ Vasopressine-tekort ↓															
Polydipsie (behoefte om > 2L/dag) te drinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overdag vaak moeten plassen (pollakiurie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dag & nacht grote hoeveelheden urine moeten plassen (polyurie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	's nachts vaak moeten plassen (nycturie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van ↓ Oxytocine-tekort ↓															
Vermijd contact met anderen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geen glimlach		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niet erg joviaal/hartelijk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orgasme (vrouw) - ejaculatie (man)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↓ Frequentie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van ↓ MSH-tekort ↓															
Huid verbrandt gemakkelijk in de zon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mannen Erecties	↓ Volume (hardheid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frequentie van geslachtsgemeenschap (optionele vraag):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		↓ Persistentie (duur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ≥4x/week <input type="checkbox"/> 2-3x/week <input type="checkbox"/> 1x/week <input type="checkbox"/> 1-3x/maand <input type="checkbox"/> Afwezig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Seksuele impotentie (coïtus)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klachten van ↓ Groeihormondeficiëntie / IGF-1 ↓															
Haar	Dun haar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verm oid heid	Épuisement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huid	Dun huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Moe als U na middernacht gaat slapen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wangen	Hangende wangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nood om > 9 u/nacht te slapen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nasolabiale plooien (neus→mond)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zich hulpeloos voelen om problemen op te lossen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Buik	Ventre (abdomen) obèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stemmingswisselingen (hoogtes & laagtes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Neerhangende buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angst	Permanent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knie	Vet boven de knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		↓ Innerlijke vrede		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FOLLOW-UP

Klachten van ↑ Te veel Groeihormoon ↑

Oedeem	Gezwellen neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oedeem	Gezwellen handen (constant: dag en nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tintelingen in vingers (Carpaal tunnel syndroom)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gezwellen voeten (constant: dag en nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klachten van ↓ Magnesium deficiëntie klachten ↓

Gespannen spieren in de onderrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalf krampen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klachten van ↓ Vitamine A-deficiëntie ↓

Lippen	Droog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Droge en ruwe huid (folliculaire keratose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gebarsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bovenste rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Split in het midden van de tong		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nachtblindheid (↓ visie 's nachts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klachten van ↓ Ijzertekort ↓

Broos haar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vermoeheid	Vermoeidheid in de avond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broze nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		In slaap vallen voor de televisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besmetting van de gist klachten, candidiasis

Haar	Roos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jeuk op de huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Jeuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Constante druk op het hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Roodachtige huid, die Pelt	oksels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vrouwen	Witte vaginale afscheiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inuinale plooien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vulva	Rood, ontstoken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tussen de tenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		va	Jeuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vervuiling

Mobiele telefoon: <input type="checkbox"/> <5 min/dag <input type="checkbox"/> 6-15' <input type="checkbox"/> 16-30' <input type="checkbox"/> 31'-1h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> > 2h						Reizen	Auto	Verkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Nieuwe <2 jaar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee					
Roken	Actief (U rookt zelf)	<input type="checkbox"/>						Vliegtuig:	<input type="checkbox"/> <1u/maand <input type="checkbox"/> 1-5u <input type="checkbox"/> 6-10u <input type="checkbox"/> 10-20u <input type="checkbox"/> 21-40u <input type="checkbox"/> 40-80 u <input type="checkbox"/> >80u/maand				

Uitdrogingsklachten

Droog	Droge tong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Laag waterverbruik (<1,5 L per dag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Droge mond²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hoog zoutinname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spijsverteringsstoornissen

Esophageal reflux (zuurgraad)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestina le gassen	Slechtriëkende gassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maag	Zuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Niet geurende gassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zwaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harde ontlasting (constipatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buik	Opgeblazen bovenbuik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ontlasti ng	Zachte ontlasting (diarree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Opgeblazen middenbuik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(Op wc-papier) kleverige ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Opgeblazen onderbuik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lichtbruine ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Darmpijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zwarte ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Buikkrampen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bloed in de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieet

Paleodieet (fruit, groenten, vlees, vis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waterverbruik: <input type="checkbox"/> 0.5 L/dag <input type="checkbox"/> 1L <input type="checkbox"/> 1.5 L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 2.5L <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> >3L/dag					
Westerse (+ geraffineerd/junkfood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dran ken rijk aan cafeï ne	Koffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middellandse zee dieet (zaden, oliën, fruit, groenten, vis, gevogelte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Thee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetarisch dieet (fruit, zaden, groenten + / vis / eieren, zuivelproducten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Frisdranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veganistisch dieet (fruit, zaden, noten, groenten, niets van dierlijke oorsprong)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cafeïnevrije koffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentie van maaltijden: <input type="checkbox"/> 1/dag <input type="checkbox"/> 2/d <input type="checkbox"/> 3/d <input type="checkbox"/> 4/d <input type="checkbox"/> ≥5/d Maaltijden met de meeste eiwitten <input type="checkbox"/> ochtend <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> avond						Alco hol	Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duur van de maaltijden <input type="checkbox"/> <15 min <input type="checkbox"/> 15-25' <input type="checkbox"/> 30-40' <input type="checkbox"/> 40-55' <input type="checkbox"/> ≥60'						Vrucht ten	Sterke geesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Volle vruchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauwen: <input type="checkbox"/> <5 kauwen/inname <input type="checkbox"/> 5-7' <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/> 11-15 <input type="checkbox"/> ≥15						Groente n	Vruchtensap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Groenten (vezelarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eiwitrijke voedsel	Rauw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sap, soepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestoomd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Granen	Wit brood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOLLOW-UP

wordt gegeten	In olie, boter gebakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(niet gekiemd en niet in water doorweekt)	Vol brood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gegrild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Muesli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Barbecue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haver (pap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eiwitrijke voedsel	Vlees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gekiemde zaden	Pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rijst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Zeevruchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Noten	Noten (niet in water geweekt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gevogelte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		en	In water geweekte noten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Eieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Koolhydraten	Suiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuivel-producten	Boter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snoepjes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chocolade	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Witte kaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koeken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere kazen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zoete frisdranken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Ziekten: hebt u een nieuwe ziekte gehad of sinds het laatste overleg in werking gesteld? Zo ja, welke of wat?														
Ziekte/werking		Sinds	... maand											

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!