

Informatielijst

Naam: _____

Voorletters: _____

Meisjesnaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon privé: _____

Telefoon werk: _____

Bent u: Gehuwd/Ongehuwd _____

Aantal kinderen: _____

Huisarts: _____

Woonplaats huisarts: _____

Beroep: _____

Werkt u momenteel: _____

Hobby's/Sport: _____

Wat is de belangrijkste klacht:

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen:

Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
- Plotseling

Is er sprake van uitstraling naar:

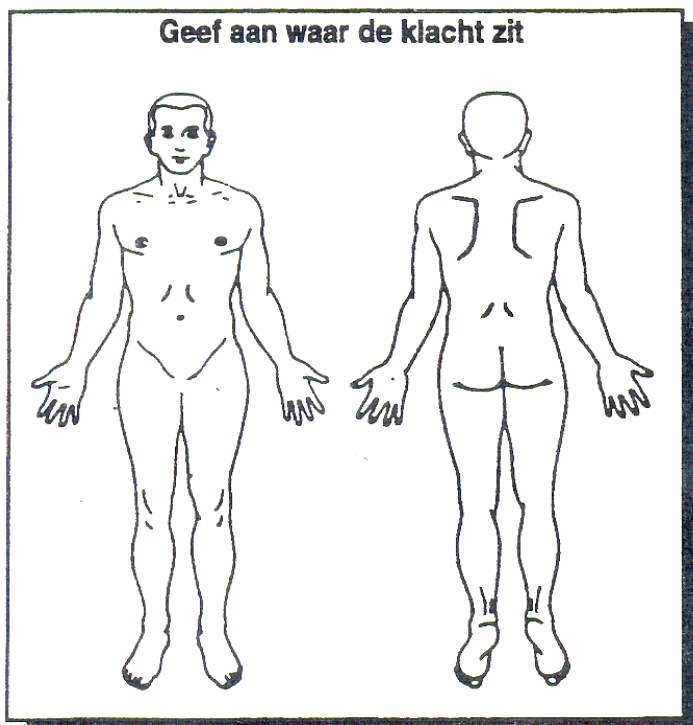
- Arm L / R
- Been L / R

Wordt erger met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- het hoofd draaien
- hoesten/niezen/persen
- andere activiteiten/houdingen:

Neemt af met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- andere activiteiten/houdingen:



Algemeen

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Oorsuizingen L / R
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Aangezichtspijn L / R
- Slechte eetlust
- Oor, neus, oog en/of keelklacht
- Voorhoofdholteontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking L / R
- Doofheid L / R



Hart en Bloedvaten

- Hartproblemen
- Beroerte
- Hoge bloeddruk
- Lage bloeddruk
- Slechte circulatie
- Zwelling in de enkels L / R
- Bloedarmoede

Ademhaling

- Ademhalingsmoeilijkheden
- Pijn in de borst
- Ophoesten van bloed
- Ophoesten van slijm

Maag en Ingewanden

- Maagpijn
- Leverproblemen
- Constipatie/moeilijke stoelgang
- Diarree
- Overgeven
- Blaas, waterwegen problemen
- Nierontsteking
- Prostaatproblemen

Vrouwen

- Overgangsproblemen
- Menstratiekrampen
- Rugpijn tijdens menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Overmatig bloedverlies

- Bent u mogelijk zwanger?
- Wanneer menstrueerde u voor het laatst: _____

Conditie

- Angina Pectoris
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple sclerose
- Reuma
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere: _____

Gebruikt u:

- Steunzolen
- Hakverhogingen L / R
- Andere: _____

Datum van uw laatste testen	korter dan 6 mnd	langer dan 6 mnd	nog nooit
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewoontes	veel	normaal	geen
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ongevallen: _____
- Botbreuken: _____
- Operaties: _____
- Ziekenhuisopnamen: _____
- Mentale ziekten: _____
- Medicijnen die u neemt, en waarvoor: _____

Instemming behandeling

Door ondertekening van dit formulier bevestigt u:

- Dat u de praktijkinformatie heeft gelezen en begrepen
- Dat wij uw huisarts mogen informeren wanneer deze erom vraagt
- Dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld
- Dat u instemt met onderzoek en behandeling

Handtekening: _____

Datum: _____