



Betreft: informatieformulier terugkerende patient

Geachte heer, mevrouw,

Chiropractie Leeuwarden is verplicht om haar patiëntendossiers zo actueel mogelijk te houden. Omdat uw laatste consult minimaal 2 jaar geleden is, of omdat u komt voor een andere klacht dan waar u voorheen voor behandeld werd, verzoeken wij u de informatielijst die als bijlage bij deze email is meegestuurd, of die u vindt bij "links" op onze site, zo volledig mogelijk ingevuld en ondertekend mee te nemen op de dag van de afspraak.

Hebt u op dit moment erg veel pijn, dan kunt u alvast ijs, in een thee- of handdoek (om uw huid tegen bevriezing te beschermen) op de pijnlijke plek (van rug, nek, armen en benen, maar niet op uw hoofd) leggen, gedurende 10-15 minuten. Dit kunt u eens per 2 uur herhalen.

Voor uw hygiëne adviseren wij u een badlaken of grote badhanddoek mee te nemen om op de behandeltafel te leggen.

De consultprijzen zijn:

Eerste consult en uitgebreide intake	€75,00
Vervolgconsult, inclusief behandeling	€55,00

Verder maken wij u nog attent op het volgende:

Het is gebruikelijk, dat het consult na de behandeling betaald wordt (liefst met pin). De kwitantie, die u vervolgens van ons ontvangt, kunt u voor vergoeding naar uw zorgverzekeraar sturen. De meeste verzekeraars vergoeden de behandeling geheel of gedeeltelijk in het aanvullende pakket. Wij raden u aan dit nog even in uw polis na te kijken.

Mocht u verhinderd zijn, dan dient u dit minimaal 24 uur van tevoren te melden. In de vrijgekomen tijd kunnen wij dan nog iemand met acute klachten of iemand van de wachtlijst van dienst zijn. Wanneer u niet of niet op tijd hebt afgebeld, zijn wij helaas genoodzaakt u het consult in rekening te brengen.

Rondom de praktijk geldt de blauwe zone. Vergeet u daarom uw parkeerschijf niet!
Graag tot ziens in de praktijk.

Met vriendelijke groeten,
Chiropractie Leeuwarden

Informatielijst

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon privé: _____

Mobiel nummer: _____

Email: _____

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

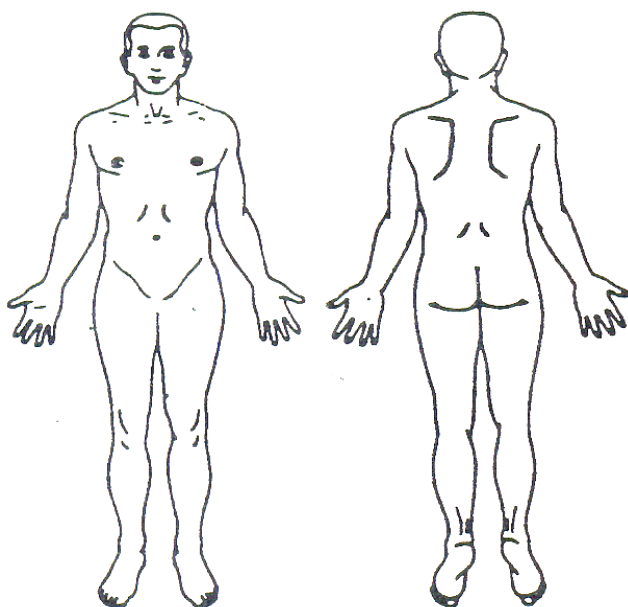
Wordt erger met:

- 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:

Geef aan waar de klacht zit



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"/>

Heeft u nog opmerkingen:

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: _____

Mogen wij uw huisarts informeren? Ja / Nee

Handtekening: _____

Datum: _____