

VRAGENLIJST



Patiëntnummer: _____

Naam:	M/V	Bent u: Gehuwd/Ongehuwd
Voorletters:		Aantal kinderen:
Meisjesnaam:		Huisarts:
Geboortedatum:		Beroep:
Adres:		Werkt u momenteel Ja/Nee
Postcode:		Hobby's/Sport:
Woonplaats:		E-mail adres:
Telefoon privé:		Komt u via: huisarts/specialist/anders:
Mobiel nummer:		

Wat is de belangrijkste klacht:

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen: _____

Hoe is de klacht ontstaan:

Geleidelijk

- wisselend aanwezig
 constant aanwezig

Plotseling

- wisselend aanwezig
 constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- Arm L/R
 Been L/R

Wordt erger met:

- Zitten
 Lopen
 Staan
 Bukken
 Liggen
 Bewegen
 Het hoofd draaien
 Hoesten/Niezen/Persen
 Andere activiteiten/houdingen:

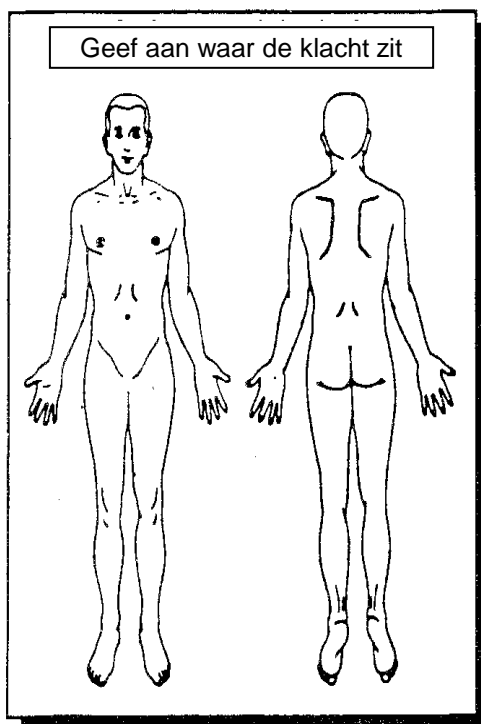
Neemt af met:

- Zitten
 Lopen
 Staan
 Bukken
 Liggen
 Beweging
 Andere activiteiten/houdingen:

Deskundigen:

Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor
 Huisarts
 Fysiotherapeut
 Cesar/Mensendieck
 Manueel therapeut
 Podotherapeut
 Neuroloog
 Reumatoloog
 Acupuncturist
 Chirurg
 Pijnteam
 Homeopathisch arts
 Orthopeed
 Psycholoog
 Alternatief genezer
 Anders: _____



vroegere problemen
huidig probleem
Spielen en Gewrichten

- Nek
 Tussen de schouders
 Kaak
 Lage rug
 Staartbeen
 Lies L/R
 Heup L/R
 Been L/R
 knie L/R
 Voet of hiel L/R
 Schouder L/R
 Arm L/R
 Elleboog L/R
 Hand L/R
 Pols L/R
 Vingers L/R
 Rib L/R
 Gewrichtsontsteking
 Gezwollen gewrichten
 Arthritis
 Jicht

vroegere problemen
huidig probleem
Algemeen

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

vroegere problemen
huidig probleem

- Hart en Bloedvaten**
- Hartproblemen
 - Beroerte
 - Hoge bloeddruk
 - Lage bloeddruk
 - Spataderen L/R
 - Slechte circulatie
 - Zwelling in de enkels L/R
 - Bloedarmoede
 -
 - Ademhaling**
 - Ademhalingsmoeilijkheden
 - Astma
 - Bronchitis
 - Longontsteking
 - Emfyseem
 - Hooikoorts
 - Chronische hoest
 - Pijn in de borst
 - Ophoesten van bloed
 - Ophoesten van slijm

vroegere problemen
huidig probleem

- Maag en Ingewanden**
- Maagpijn
 - Maagzweer
 - Maagbreuk
 - Galproblemen
 - Leverproblemen
 - Constipatie/moeilijke stoelgang
 - Diarree
 - Overgeven
 - Aambeien
 - Winderigheid
 - Blaas, waterwegen problemen
 - Nierontsteking
 - Prostaatproblemen
 - Ongecontroleerd urineverlies
 - Blindedarmontsteking

Huid

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken

vroegere problemen
huidig probleem

- Vrouwen**
- Overgangsproblemen
 - Menstruatiekrampen
 - Rugpijn tijdens menstruatie
 - Onregelmatige menstruatie
 - Overmatig bloedverlies
 - Heeft u een miskraam gehad?
 - Bent u mogelijk zwanger?
 - Wanneer menstueerde u voor het laatst: _____

Diversen/Opmerkingen

Condities:

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple Sclerose
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Reuma
- Tuberculose
- Suikerziekte

- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere _____

- Gebruikt u:**
- Steunzolen
 - Hakverhoging L/R
 - Andere _____

Hoe slaapt u:

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

Ziektes/klachten die in uw familie voorkomen:

	korter dan 6mnd	langer dan 6mnd	nog	nooit	
Datum van uw laatste testen					Instemming behandeling Door ondertekening van dit formulier bevestigt u: <input type="checkbox"/> Dat u de praktijkinformatie heeft gelezen en begrepen <input type="checkbox"/> Dat wij uw huisarts mogen informeren wanneer deze erom vraagt <input type="checkbox"/> Dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld <input type="checkbox"/> Dat u instemt met onderzoek en de behandeling
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgenfoto's:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hart onderzoek: Chiropractisch onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewoontes	veel	normaal		geen	Datum: Handtekening:
Eetlust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Koffie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Lichaamsbeweging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Roken:	JA/NEE				
<input type="checkbox"/> Ongevallen:	_____				
<input type="checkbox"/> Botbreuken:	_____				
<input type="checkbox"/> Operaties:	_____				
<input type="checkbox"/> Ziekenhuisopnamen:	_____				
<input type="checkbox"/> Mentale ziekten:	_____				
<input type="checkbox"/> Medicijnen die u neemt, en waarvoor:	_____				
<input type="checkbox"/> Voedingssupplementen:	_____				