

Vragenlijst

Naam:
Achternaam:
Voorletters:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode: Woonplaats:
Telefoon prive:
Mobiele nummer:
E-mail adres:

Verzekering:
Verzekeringsnummer:
BSN nummer:
Huisarts:
Woonplaats Huisarts:
Beroep:
Hobby's / sport:
Komt u via: google/specialist/anders:

Voornaamste klachten:

.....
.....
.....

Wanneer is de klacht begonnen:

.....

Hoe is de klacht ontstaan:

- Plotseling
- Geleidelijk
 - constant aanwezig
 - wisselend aanwezig

Is er sprake van uitstraling

- arm L/R
- been L/R

Word erger met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- beweging
- het hoofd draaien
- hosten/niezen/persen
- andere activiteiten

Neemt af met:

- zitten
- lopen
- staan
- liggen
- beweging
- andere activiteiten

Spieren en Gewrichten:

vroegere problemen
↓ ↖ huidige problemen

- Nek
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Pols L/R
- Hand L/R
- Vingers L/R
- Rib L/R
- Tussen de schouders
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies L/R
- Heup L/R
- Been L/R
- Knie L/R
- Voet L/R
- Hiel L/R

Algemeen:

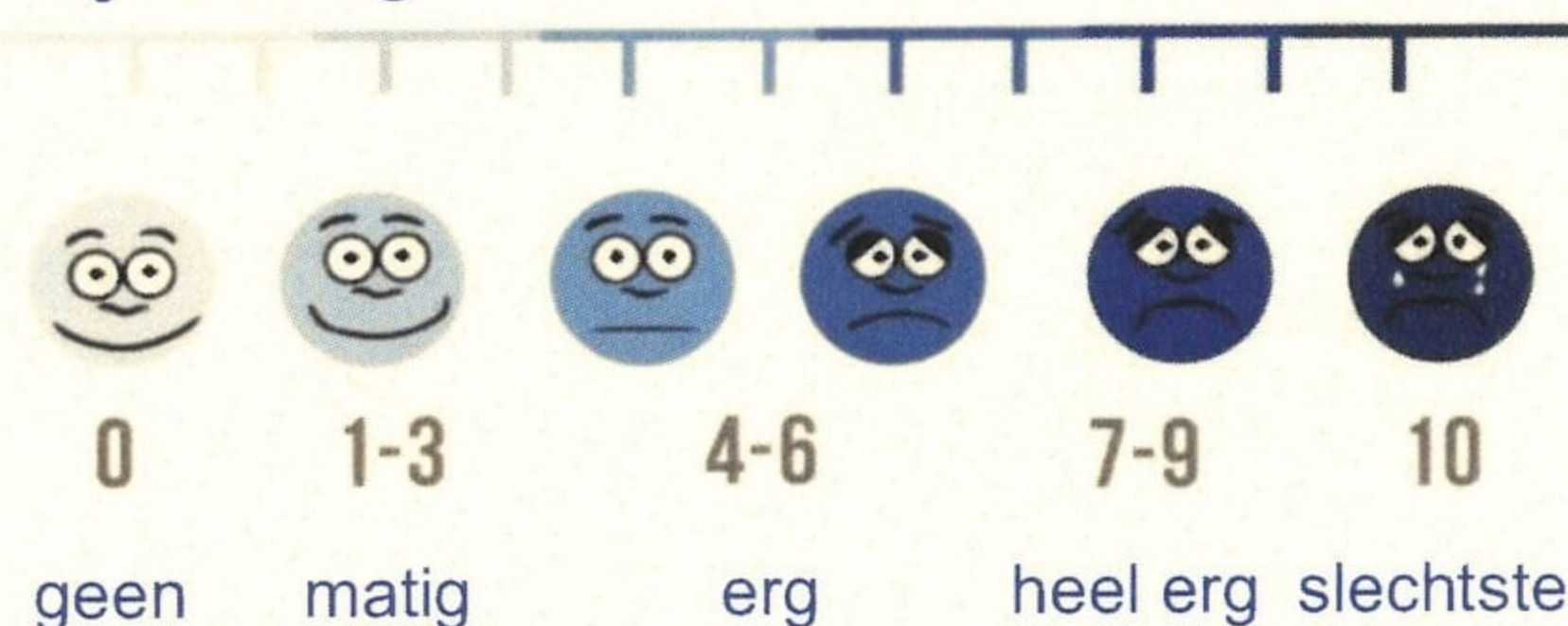
- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Oorsuizen L/R
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Verzwakte weerstand
- Depressie
- Slechte eetlust
- Aangezichtspijn
- Kaakklachten
- Oor/neus/oog en keelklachten
- Voorhoofdsholteontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking
- Doofheid

Deskundigen:

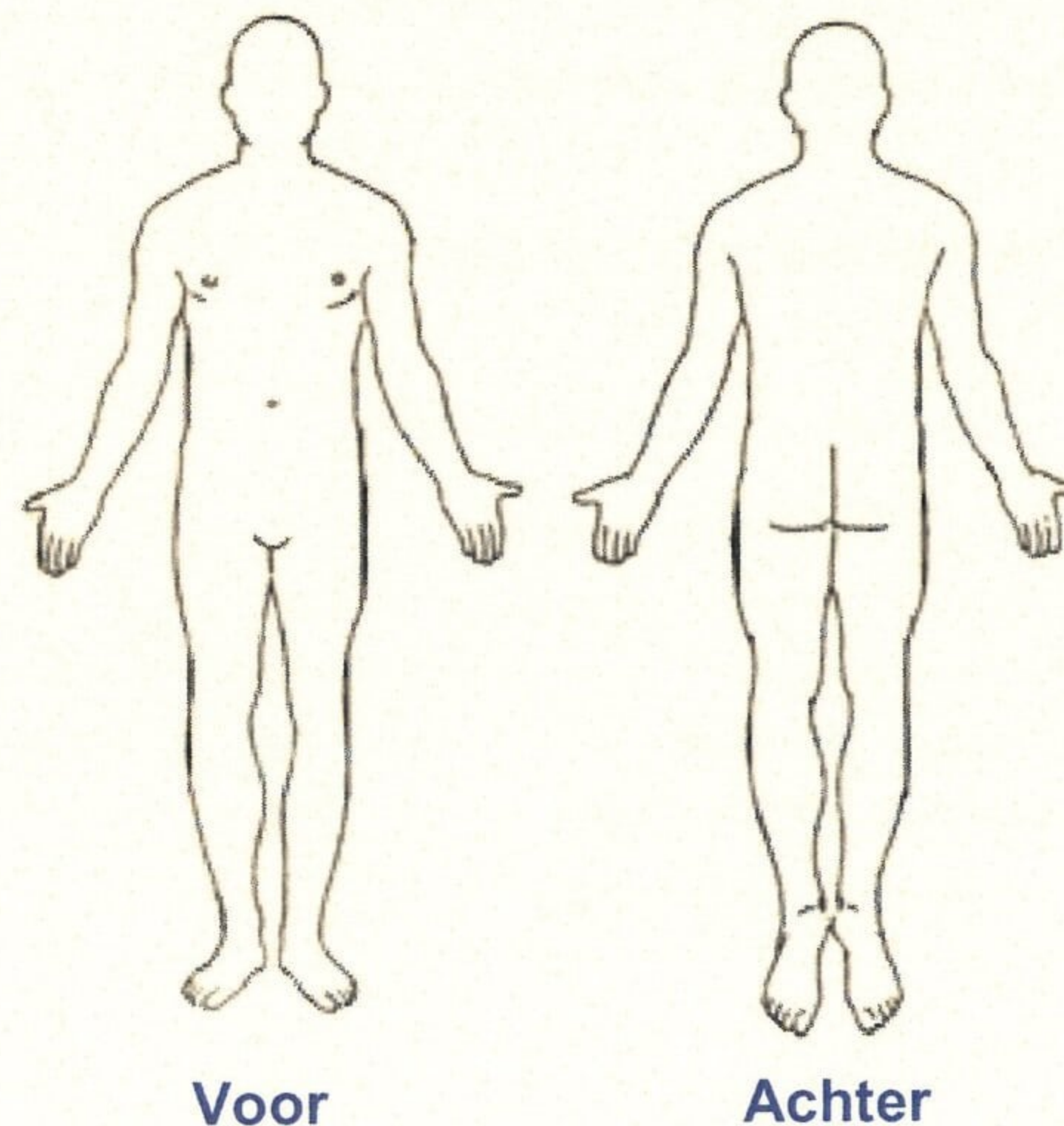
Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor
- Huisarts
- Neuroloog
- Orthopeed
- Chirurg
- Reumatoloog
- Fysiotherapeut
- Psycholoog
- Pijnteam
- Andere:

Pijnmeting:



Geeft aan waar uw klacht zit:



Hart en Bloedvaten:*vroegere problemen*↓ ↪ *huidige problemen*

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

Long en Ademhaling:

- Ademhalingsmoeilijkheden
- Astma
- Longontsteking
- Emfyseem
- Hooikoorts
- Pijn in de borst
- Chronische hoest
- Ophoesten van slijm/bloed
- Nacht zweet

Maag en Ingewanden:

- Maagpijn
- Maagzuur
- Maagzweer
- Maagbreuk
- Galproblemen
- Leverproblemen
- Moeilijke stoelgang
- Diarree
- Overgeven
- Aambeien
- Winderigheid
- Blaas problemen
- Nier / nierbekkenontsteking
- Prostaatproblemen
- Ongecontroleerd urineverlies
- Blindedarmontsteking

Huid:

- Jeuk
- Eczema
- Blauwe plekken
- Droge huid

Vrouwen:

- Overgangsproblemen
- Menstratiekrampen
- Rugpijn tijdens menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Overmatige bloedverlies
- Heeft u een miskraam gehad?
- Bent u mogelijk zwanger?

Conditie:

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple Sclerose
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Reuma
- Tuberculose
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere:

Fysieke Stress**Ongevallen:**

.....

Botbreuken:

.....

Operaties:

.....

Ziekenhuisopnames:

.....

Gebruikt u:

- Steunzolen L/R
- Hakverhogingen L/R
- Andere:

In welke houding slaapt u:

- Rug Zij Buik Wisselend

Hoe oud is uw matras:

.....

Hoeveel uur zit u per dag:

- 0-2 2-4 4-8 >8

 Rechts- of Linkshandig:**Andere Fysieke Stress:**

.....

Chemische Stress**Medicijnen die u neemt, en
waarvoor:**

.....

.....

Alcohol:

- veel normaal weinig geen

Roken:

- veel normaal weinig geen

Eetgewoontes:

- goed redelijk slecht

.....

.....

**Hoeveel liter water drinkt u per
dag:**

- 0-1 1-2 2-3 > 3

 Voedingssupplementen:

.....

.....

Andere chemische stress:

.....

.....

Emotionele Stress**Werk stress:**

- veel normaal weinig geen

.....

Financiële stress:

- veel normaal weinig geen

.....

Relatie stress:

- veel normaal weinig geen

.....

Depressie:

.....

.....

Burn-out:

.....

.....

Andere emotionele stress:

.....

.....

**Andere vormen van stress wat
uw gezondheid schade doet:**

.....

.....

.....

Datum van uw laatste onderzoek:	korter dan 6 mnd	Tussen 6-18 mnd	langer dan 18 mnd
Röntgenfoto's/CT/MRI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartonderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropract. onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik ben ervan op de hoogte dat afspraken tenminste 24 uur van te voren geannuleerd dienen te worden.

Datum:

Handtekening: