

DATUM: ...

Persoonlijke gegevens (wij behandelen deze gegevens uiterst vertrouwelijk!!!):

| | | |
|--|--------------------------------|-------------------------|
| Naam: ... | Voornaam: ... | Geb.datum: ... |
| Adres: ... | Postcode: ... | Woonplaats: ... |
| Tel.privé: ... | Tel.werk: ... | Tel.mobiel: ... |
| E-mail adres: ... | Beroep: ... | |
| Hobby/sport: ... | Partner: | |
| Huisarts (incl. adres, indien u dit weet): ... | Zorgverzekeraar+ Inschr.nr.: . | |
| Hoe komt u aan het adres van deze praktijk? Via: ... | | Internet / langsgelopen |

Wat is de reden voor uw bezoek aan deze praktijk? (preventief of n.a.v. een klacht)

Wat is uw vraag, wat is de reden van uw bezoek?

...

...

Indien u een klacht heeft: kunt u deze omschrijven?

...

Wanneer merkte u dit voor het eerst?

...

Hoe is het verloop van uw klacht? (omcirkel)

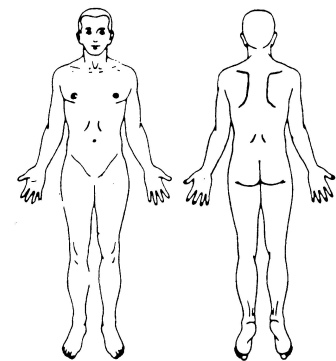
hetzelfde gebleven erger geworden minder geworden

komt en gaat anders nl: ...

Waarbij heeft u het meest last? (omcirkel)

liggen lopen zitten buigen hoesten/niesen slapen bewegen

anders nl: ...



Wat maakt uw gezondheidsprobleem erger? (omcirkel)

liggen lopen zitten buigen hoesten/niesen slapen bewegen sporten

anders nl: ...

Wat maakt het beter of minder pijnlijk? (omcirkel)

liggen lopen zitten buigen slapen bewegen

anders nl: ...

Bent u voor deze klacht al ergens anders onder behandeling (geweest)?

Zo ja: waar en wanneer?

...

Wanneer merkte u voor het eerst stijfheid in uw wervelkolom of nek? ...

Heeft u ooit een ongeval gehad? ...

Heeft u een been / enkel gebroken? ...

Heeft u een hakverhoging / zooltje (gehad)?

Heeft u operaties ondergaan? Zo ja: waaraan, wanneer en in welk ziekenhuis?

Heeft u kinderen?

Zo ja: hoeveel en hoe oud zijn ze? ...

Lijdt u aan een erfelijke en of ongeneselijke aandoening? ...

Zo ja: welke? ...

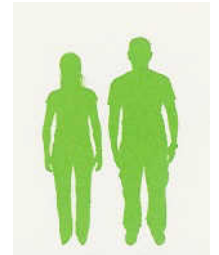
Heeft u (erfelijke) aandoeningen in uw directe familie waar u zich zorgen om maakt? ...

Zo ja: welke? ...

Wilt u hieronder omcirkelen van welke symptomen u regelmatig last heeft ?
(zelfs als u geen direct verband ziet met uw wervelkolom)

| | | |
|------------------------|--|-------------------------------|
| <i>hoofdpijn</i> | <i>hormonale problemen</i> | <i>eczeem</i> |
| <i>migraine</i> | <i>menstruatieproblemen</i> | <i>tintelingen in armen</i> |
| <i>duizeligheid</i> | <i>koorts</i> | <i>tintelingen in benen</i> |
| <i>oorsuizingen</i> | <i>flauwvallen</i> | <i>koude handen</i> |
| <i>sinusproblemen</i> | <i>slaapproblemen</i> | <i>koude voeten</i> |
| <i>bronchitis</i> | <i>nerveus</i> | <i>hartproblemen</i> |
| <i>stijve nek</i> | <i>paniekaanvallen</i> | <i>blaasproblemen</i> |
| <i>nekpijn</i> | <i>concentratieproblemen</i> | <i>constipatie of diarree</i> |
| <i>rugpijn</i> | <i>maag- of spijsverteringsproblemen</i> | <i>depressief</i> |
| <i>anders nl</i> | | |

Welke en hoeveel medicijnen gebruikt u? ...
Eet u gezond en regelmatig? ...
Hoeveel groente en fruit eet u per dag? ...
Hoeveel glazen (kraan)water drinkt u per dag? ...
Hoeveel rookt u per dag? ...
Hoeveel glazen alcohol drinkt u per dag? ...
Ongeveer hoeveel dagen per jaar bent u ziek? ...
Vindt u uzelf gezond? ...
-zo ja: waarom? ...
-zo nee: waarom niet? ...



In welke positie slaapt u? (omcirkel) *zij buik rug*
Slaapt u goed? ...

Hoeveel uur per week:
- zit u (zittend beroep bijv.)? ... - kijkt u tv? ...
- rijdt u auto? ... - sport u? ...
- werkt u achter een computer? ... - wandelt/loopt u? ...

Hoeveel stress heeft u -
- op uw werk? (omcirkel) *niets weinig normaal veel veel te veel*
- in uw vrije tijd? (omcirkel) *niets weinig normaal veel veel te veel*

Wat verwacht u te bereiken met chiropractische behandelingen?

...

Wat doet u zelf al om uw klacht te verhelpen? Bent u al behandeld door een andere arts/therapeut?

...

Uw huidige problemen kunnen hun oorsprong in uw kindertijd hebben.

De onderstaande vragen gaan over uw kinderjaren tot 18 jaar

Heeft u kinderziektes gehad, bof, mazelen, rode hond etc.? ...

Bent u ingeënt? ...

Heeft u medicijnen gebruikt? ...

Heeft u ooit langdurig medicijnen, inhaler of antibiotica gebruikt? ...

Heeft u ooit een operatie gehad? Nee, zo ja waaraan ...

Bent u ooit gevallen / gesprongen van hoger dan 1 meter? ...

Bent u ooit ernstig hard gevallen? ...

Bent u als kind bij een (auto-)ongeluk betrokken geweest? ...

Heeft u ooit andere lichamelijke of geestelijke trauma's gehad? ...

Bent u als kind regelmatig onder chiropractische zorg geweest? ...

Heeft u als kind veel gesport? ...

Zo ja: welke sport en op welk niveau? ...

Hartelijk dank voor het beantwoorden van bovenstaande vragen

