

Vragenlijst

Datum:	Datum afspraak:.....	Chiropractor:
Achternaam:	Doorverwezen door:	
Voorletters:	Bent u: Gehuwd/ongehuwd/samenwonend.	
Meisjesnaam:	Aantal kinderen:.....	
Geboortedatum:	Verzekering:	
Adres:	Verzekeringsnummer:	
Postcode/Plaats:.....	Huisarts:	
Telefoon nummer:	Adres/telnr huisarts:	
Mobiele nummer:	Beroep:	
Email adres:	Werkt u momenteel: ja/nee	
	Hobby's/ Sport:	

Wat is de belangrijkste klacht:

Wordt erger met:

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

Neemt af met:

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

Deskundigen:

Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor:.....
- Huisarts:
- Fysiotherapeut:
- Cesar/Mensendieck:.....
- Manueel therapeut:
- Podotherapeut:
- Neuroloog:
- Revalidatiearts:
- Reumatoloog:
- Acupuncturist:
- Osteopaat:.....
- Chirurg:
- Pijnteam:
- Homeopathisch arts:
- Orthopeed:
- Alternatief genezer:
- Andere:.....

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen:

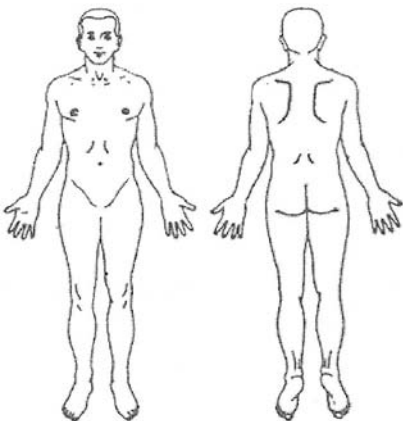
Hoe is de klacht ontstaan:

- geleidelijk
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig
- Plotseling
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- arm L / R
- been L / R

Geef aan waar de klacht zit:



Vroegere problemen

↓ huidige problemen

↓ Spieren en gewrichten

- Nek
- Tussen de schouders
- Lage rug
- 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
- Artritis
- Jicht

Vroegere problemen

↓ huidige problemen

↓ Algemeen

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

Vroegere problemen

- ↓ huidige problemen
- ↓ **Hart en bloedvaten**
- Hartproblemen
 - Beroerte
 - Hoge bloeddruk
 - Lage bloeddruk
 - Spataderen L / R
 - Slechte circulatie
 - Zwelling in enkels L / R
 - Bloedarmoede

Ademhaling:

- Ademhalingsmoeilijkheden
- Astma
- Bronchitis
- Longontsteking
- Emfyseem
- Hooikoorts
- Pijn in de borst
- Chronische hoest
- Ophoesten bloed
- Ophoesten slijm

Vroegere problemen

- ↓ huidige problemen
- ↓ **Maag en ingewanden**
- Maagpijn
 - Maagzweer
 - Maagbreuk
 - Galproblemen
 - Leverproblemen
 - Constipatie/Moeilijke stoelgang
 - Diaree
 - Overgeven
 - Aambeien
 - Winderigheid
 - Blaas, waterwegen problemen
 - Nierontsteking
 - Prostaatproblemen
 - Ongecontroleerd urineverlies
 - Blindedarmontsteking

Huid

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken
- Droge huid

Vroegere problemen

- ↓ huidige problemen
- ↓ **Vrouwen**
- Overgangsproblemen
 - Menstruatiekrampen
 - Rugpijn tijdens menstruatie
 - Onregelmatige menstruatie
 - Overmatig bloedverlies
- Heeft u een miskraam gehad?
- Bent u mogelijk zwanger?
- Wanneer menstreeerde u voor het laatst:.....

Diversen:

Conditie

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Epilepsie
- Kanker
- Mutiple sclerose
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Reuma
- Tuberculosis
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere:.....

Tandheelkundig

- Tandknarst of klemt u overdag en/of 's nachts
- Draagt u een kunstgebit, geheel of gedeeltelijk
- Heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken
- Heeft u kronen
- Heeft u een brug
- Heeft u een frame of een plaatje in de mond
- Heeft u vroeger een beugel gehad
- Maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid

Gebruikt u:

- Steunzolen
- Hakverhoging L / R
- Andere:.....

Hoe slaapt u:

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

Hoe oud is uw matras:

.....

Is uw matras comfortabel:

- Ja
- Nee

Datum van uw laatste testen: Kortere dan 6 mnd Tussen 6-18 mnd Langer dan 18 mnd Nog nooit

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"/>
Chiropractisch onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewoontes: veel normaal weinig geen

Eetlust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u nog opmerkingen/bijzonderheden:

Overig:

- Ongevallen.....
- Botbreuken.....
- Ziekenhuisopnames.....
- Mentale ziekten.....
- Medicijnen die u neemt, en waarvoor:.....
-
-
- Voedingssupplementen.....

<p>Mogen wij uw huisarts informeren: JA/NEE</p> <p>Handtekening:</p> <p>Datum:</p>
