

Vragenlijst

Naam:.....
 Meisjesnaam:.....
 Voorletters:.....
 Geboortedatum:.....
 Adres:.....
 Postcode:.....
 Woonplaats:.....
 Telefoon privé:.....
 Telefoon werk:.....
 Mobiel nummer:.....
 E-mail adres:.....

Komt u via: huisarts/specialist/anders:.....
 Bent u: Gehuwd/Ongehuwd
 Aantal kinderen:.....
 Verzekering:.....
 Verzekeringsnummer:.....
 Huisarts:.....
 Mutualiteit:.....
 Beroep:.....
 Werkt u momenteel: ja/nee
 Hobby's/sport:.....

Wat is de belangrijkste klacht:

.....

Wanneer is de klacht 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
 - beweging
 - het hoofd draaien
 - hoesten/niezen/persen
 - andere activiteiten/houdingen
-

Neemt af met:

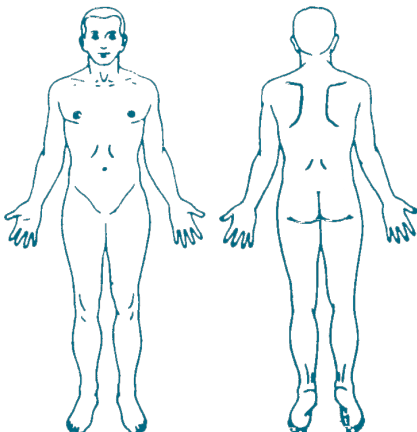
- zitten
 - lopen
 - staan
 - bukken
 - liggen
 - beweging
 - andere activiteiten/houdingen
-

Deskundigen:

Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor:.....
- Huisarts:.....
- Fysiotherapeut:.....
- Cesar/mensendieck:.....
- Manueel therapeut:.....
- Podotherapeut:.....
- Neuroloog:.....
- Revalidatie-arts:.....
- Reumatoloog:.....
- Acupuncturist:.....
- Chirurg:.....
- Pijnteam:.....
- Homeopathisch arts:.....
- Orthopeed:.....
- Psycholoog:.....
- Alternatief genezer:.....
- Andere:.....

Geef aan waar de klacht zit



vroegere problemen
 huidige problemen
Spielen en Gewrichten

- Nek
- Tussen de schouders
- 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
 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 keelklacht
- Voorhoofdsholteontsteking
- Bijholteontsteking
- 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 de enkels L/R
- Bloedarmoede

Ademhaling

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

vroegere problemen
 huidige problemen
 ▼ ▼ **Maag en Ingewanden**

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

Huid

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken
- Droge huid

vroegere problemen
 huidige problemen
 ▼ ▼ **Vrouwen**

- Overgangsproblemen
- Menstratiekrampen
- Rugpijn tijdens menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Overmatig bloedverlies

- Heeft u een miskraam gehad?
- Bent u mogelijk zwanger?
- Wanneer menstueerde u voor het laatst:.....

Diversen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conditie

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple sclerose
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Reuma
- Tuberculose
- 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
- Hakverhogingen 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	korter 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/CT/MRI:	<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"/>
Chiropract. onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartonderzoek:	<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"/>

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

Heeft u nog opmerkingen:

.....

.....

.....

Mogen wij uw huisarts informeren ?
ja/nee

Handtekening:.....

Datum:.....