

Vragenlijst

Naam:.....	Verwezen door: (huis)arts / familie / kennis / anders
Meisjesnaam:.....	Bent u: Gehuwd/Ongehuwd
Voornaam:.....	Aantal kinderen:...../kleinkinderen.....
Geboortedatum:.....	Verzekering:.....
Adres:.....	Huisarts:.....
Postcode:.....	Beroep:.....
Woonplaats:.....	Bent u momenteel in staat om te werken ?
Telefoon-privé:.....	Ja / Nee / Bedrijfsarts / ARBO ingeschakeld
Telefoon-werk:.....	Hobby's/sport:.....
Mobiel-nummer:.....
E-mail adres:.....

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 Links / Rechts
 been Links / Rechts

Wordt erger met:

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

Neemt af met:

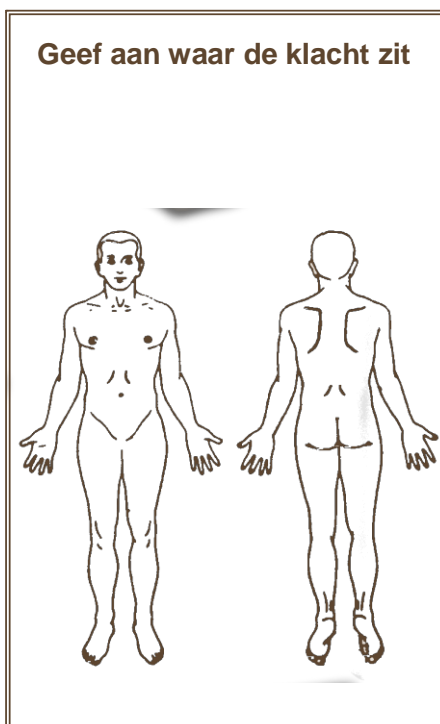
- zitten
 lopen
 staan
 bukken
 liggen
 beweging
 andere activiteiten/houdingen

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:.....
 Orthooped:.....
 Psycholoog:.....
 Alternatief genezer:.....
 Andere:.....

Uw medische situatie



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 menstrueerde u voor het laatst:.....

Diversen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Conditie

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple 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
- 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	tussen	langer dan	nog nooit
	6 mnd	6-18 mnd	18 mnd	
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"/>
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:.....

.....

.....

Heeft u nog opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

Handtekening:.....

Datum:.....