

Medische vragenlijst

a.u.b. met rood invullen

voor Rug & Nek

Chiropractor:

Dhr. Mevr.

Achternaam:

Geboortenaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon privé:

Mobiel nummer:

E-mailadres:

Hoe heeft u van ons centrum gehoord:

huisarts kennis internet anders.....

Gehuwd/ongehuwd Aantal kinderen:

Verzekeringsmaatschappij:

Verzekeringsnummer:

Huisarts:

Huisarts gevestigd in:

Beroep:

Werkt u momenteel: ja/nee

Hobby's/sport:

BSN:

De belangrijkste klacht is:

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

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:

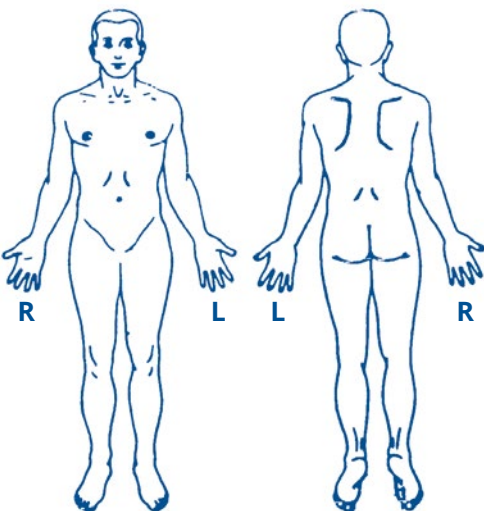
- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Beweging
- Andere activiteiten/houdingen:

Deskundigen:

U bent 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 nl.:.....

Geef aan waar de klacht zit



vroegere problemen huidige problemen ↓ ↓ **Spieren en gewrichten**

- Nek
- Tussen de schouders
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies links/rechts
- Heup links/rechts
- Been links/rechts
- Knie links/rechts
- Voet of hiel links/rechts
- Schouder links/rechts
- Arm links/rechts
- Elleboog links/rechts
- Hand links/rechts
- Pols links/rechts
- Vingers links/rechts
- Rib links/rechts
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten
- Arthritis
- Jicht

vroegere problemen huidige problemen ↓ ↓ **Algemeen**

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwallen
- Oorsuizingen links/rechts
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Aangezichtspijn links/rechts
- Slechte eetlust
- Oor-, neus-, oog- en/of keelklacht
- Voorhoofdsholteontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking links/rechts
- Doofheid links/rechts

- vroegere problemen
huidige problemen
- Hart en bloedvaten**
- Hartproblemen
 - Beroerte
 - Hoge bloeddruk
 - Lage bloeddruk
 - Spataderen links/rechts
 - Slechte circulatie
 - Zwelling in de enkels links/rechts
 - 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 waterwegproblemen
 - 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 menstrueerde u voor het laatst:

Andere dingen die wij van u moeten weten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Conditie**
- Angina pectoris
 - Alcoholisme
 - Epilepsie
 - Kanker
 - Multiple sclerose
 - Polio
 - Hersenvliesontsteking
 - Reuma
 - Tuberculose
 - Suikerziekte
 - Ziekte van Pfeiffer
 - Schildklierafwijking
 - Andere nl.:

- Tandheelkundig**
- Tandknarst 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 links/rechts
 - 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	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"/>
Chiropractisch 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"/>

Wij versturen max. 4 nieuwsbrieven per jaar. Wilt u onze tips en aanbiedingen ontvangen?

ja nee

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"/>

Ik geef toestemming om behandeld te worden en ben ervan op de hoogte dat afspraken tenminste 24 uur van tevoren geannuleerd dienen te worden.

Handtekening:

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

Mogen wij uw huisarts informeren?

ja nee

Handtekening:

Datum: