



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:
 Woonplaats huisarts:
 Beroep:
 Werkt u momenteel: ja/nee
 Hobby's/sport:
 BSN nummer:

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:

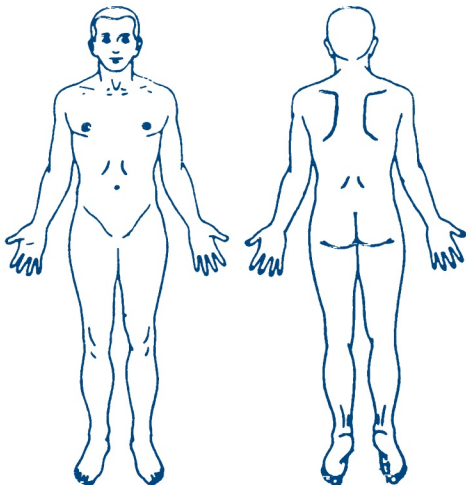
- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- andere activiteiten/houdingen:

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
Spieren 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
- Menstruatiekrampen
- 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
- Tuberculosis
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere:
-

Tandheelkundig

- Tandknaars of klem 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
- Brillen en/of Lenzen

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 6mnd	tussen 6-18 mnd	langer dan 18 mnd	nog nooit
Urintest:	<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"/>

Heeft u nog opmerkingen:

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"/>

Ik ben ervan op de hoogte dat afspraken tenminste 24 uur van te voren 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: