



VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST

Naam: _____
Voornaam: _____
Voorletters: _____ **Man / Vrouw**
Meisjesnaam: _____
Adres: _____
Postcode: _____
Woonplaats: _____
Geb.datum: _____
Gehuwd: ja - nee **Aantal kinderen:** _____

Tel.nr. privé: _____
Tel.nr. mobiel: _____
Emailadres: _____
Naam huisarts: _____
Adres huisarts: _____
Tel.nr. huisarts: _____
Verzekeraar: _____
Polisnummer: _____

Wie heeft u naar ons verwezen:

◇ huisarts: _____ ◇ familie: _____
 ◇ internet: _____ ◇ advertentie: _____
 ◇ kennis: _____ ◇ anders: _____

Wat is uw beroep?

Werkt u? ja - nee

Arbeidsongeschikt? ja - nee zo ja, _____ %

Wat is uw belangrijkste klacht:

Wanneer is uw klacht voor het eerst begonnen? _____

Wat is de oorzaak van uw klacht? _____

Is deze klacht geleidelijk of plotseling ontstaan?

Is de klacht constant of wisselend aanwezig?

Is er sprake van uitstraling naar:

◇ Arm links - rechts ◇ Been links - rechts

De pijn wordt erger met: Heeft u, voor dezelfde klacht, onderstaande deskundige geconsulteerd?

◇ zitten ◇ chiropractor
 ◇ lopen ◇ huisarts
 ◇ staan ◇ fysiotherapeut
 ◇ bukken ◇ manueel therapeut
 ◇ liggen ◇ mensendieck
 ◇ bewegen ◇ neuroloog
 ◇ met het hoofd draaien ◇ orthopeed
 ◇ hoesten/ niezen/ persen ◇ reumatoloog
 ◇ 's morgens ◇ psychiater
 ◇ 's middags ◇ homeopatisch arts
 ◇ 's avonds ◇ acupuncturist

En neemt af met:

◇ zitten ◇ osteopaat
 ◇ lopen/ bewegen ◇ podoloog
 ◇ staan ◇ anders nl:
 ◇ bukken **Heeft u ooit een chiropractor geconsulteerd?** ja - nee
 ◇ liggen

Heeft u één van onderstaande onderzoeken ondergaan?

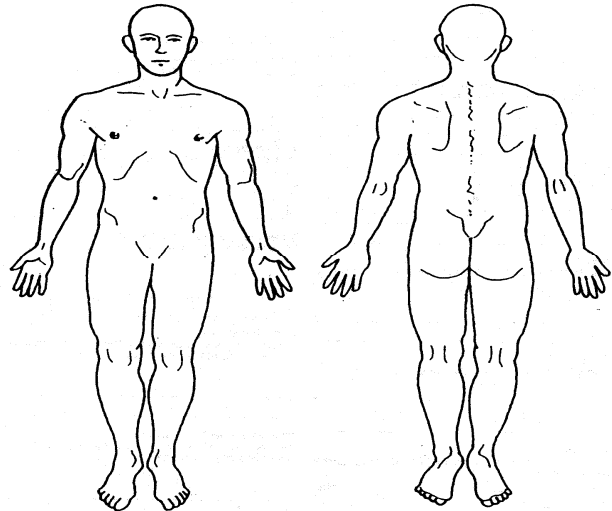
Zo ja, welke en wanneer voor het laatst?

◇ röntgenfoto's _____
 ◇ MRI _____
 ◇ hartonderzoek _____
 ◇ bloed/urinetest _____

Wanneer en waarom was uw laatste afspraak met uw:

◇ huisarts _____
 ◇ tandarts _____

Geef aan waar u de klacht voelt:



Als u de pijn in een cijfer zou moeten aangeven, welk cijfer geeft u het dan tussen de 0 en de 10?

0 (geen pijn)

(hevige pijn) 10

Voeding

Heeft u een goede eetlust? ja - nee
 Drinkt u meer dan 5 glazen water per dag? ja - nee
 Drinkt u meer dan 5 kopjes koffie per dag? ja - nee
 Drinkt u meer dan 2 glazen alcohol per dag? ja - nee
 Rookt u? Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? ja - nee

Sport u?

ja - nee
 Hoe vaak sport u per week? _____
 Welke sport(en) beoefent u? _____
 Loopt u een half uur of meer per dag? ja - nee

Slaapt u de gehele nacht door? ja - nee
 Hoe slaapt u? rug - buik - zij

Gebruikt u medicijnen?

ja - nee
Zo ja, welke? _____

Gebruikt u vitaminen?

ja - nee
Zo ja, welke (merk en soort)? _____

PROBLEMEN VAN DE SPIEREN EN GEWRICHTEN

PROBLEMEN VAN ALGEMENE AARD

ZIEKTEN DIE U HEEFT OF HEEFT GEHAD

PROBLEMEN MET MENSTRUATIE EN ZWANGERSCHAP

vroegere huidige

- nek
- bovenrug
- schouderbladen
- lage rug
- bekken/stuitje
- lies Links - Rechts
- heup Links - Rechts
- been Links - Rechts
- knie Links - Rechts
- voet/enkel Links - Rechts
- schouder Links - Rechts
- arm Links - Rechts
- elleboog Links - Rechts
- hand Links - Rechts
- pols Links - Rechts
- vingers Links - Rechts

vroegere huidige

- hoofdpijn
- migraine
- duizeligheid
- oorsuizingen L - R
- aangezichtspijn
- slapeloosheid
- vermoeidheid
- zenuwachtigheid
- depressief
- flauwvallen
- allergieeën
- oorontsteking L - R
- doofheid L - R
- keelontsteking
- oogklachten
- voorhoofdsholtenontsteking

- reuma
- arthrose
- gewrichtsontsteking
- osteoporose
- jicht
- whiplash
- RSI
- pfeiffer
- suikerziekte
- aids
- tbc
- MS
- fibromyalgie
- hartinfarct
- hersenbloeding
- epilepsie
- schildklier
- kanker
- anders: _____

ja nee

- menstruatiepijn
- onregelmatige menstruatie
- rugpijn tijdens menstruatie
- overgangsproblemen gehad
- miskraam gehad
- bent u zwanger?

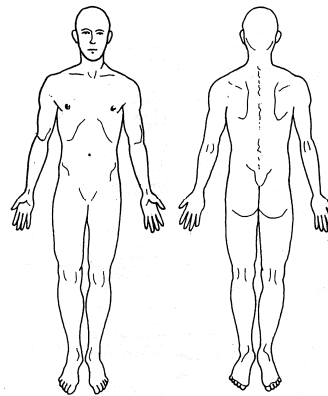
ONGEVALLEN, BLESSURES EN OPERATIES:

ja nee

Heeft u:

- Een auto ongeval gehad? Zo ja, wanneer? _____
Hoe bent u aangereden: van achteren van voren opzij
Was u *bestuurder* of *passagier*? _____
- Heeft u op een andere wijze uw nek of rug geblesseerd? Zo ja, waar en hoe? _____
- Heeft u botbreuken gehad? Zo ja, welke? _____
- Heeft u operatie(s) ondergaan? Zo ja, welke operatie(s)? _____

Kunt u hieronder al uw **littekens** aangeven?



TANDHEELKUNDIG:

ja nee

Heeft u:

- Een kunstgebit? *boven - onder*
 - Kronen?
 - Amalgaam vullingen?
 - Een brug?
 - Een plaatje?
 - Een beugel gehad?
- ALGEMEEN**
- steunzolen
 - hakverhoging: L - R
 - piercings
 - anders nl: _____

HEEFT / HAD U LAST VAN ONDERSTAANDE KLACHTEN?

ja nee

- hart en bloedvaten: _____
- longen en ademhalingswegen: _____
- maag, darmen en/of stoelgang: _____
- huid: _____

- Mogen wij uw huisarts schriftelijk informeren?
- Mag de chiropractor u thuis bellen?
- Mogen wij uw emailadres gebruiken (alleen voor praktijk, uw emailadres zal nimmer aan derden worden verstrekt)

Opmerkingen:

Met uw handtekening geeft u toestemming voor chiropractisch onderzoek.

HANDTEKENING:

Datum: _____