

**CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN
VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST**

Naam:
 Voorletters: M/V
 Meisjesnaam:
 Geboortedatum:
 Adres:
 Postcode:
 Woonplaats:
 Telefoon privé:
 Telefoon werk:
 Telefoon mobiel:
 E-mail-adres:

Bent u: Gehuwd / Ongehuwd / Gescheiden /
 Weduwe(-naar) / Samenwonend
 Aantal kinderen:
 BSN nr:
 Naam verzekering + nr:
 Huisarts:
 Woonplaats huisarts:
 Beroep:
 Werkt u momenteel: ja/nee
 Hobby's/Sport:
 Komt u via huisarts/specialist/anders:

Wat is de belangrijkste klacht:

.....

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen:

.....

Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht:

.....

Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
- Plotseling

Is de klacht:

- Wisselend aanwezig
- Constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- Arm L/R
- Been L/R

Wordt het erger met:

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Het hoofd draaien
- Beweging
- Hoesten / niezen / persen
- Andere activiteiten/
houdingen:

Neemt het af met:

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

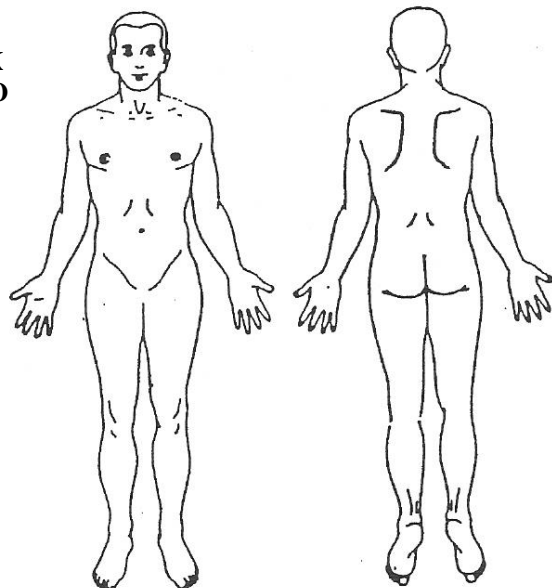
Deskundigen:

*Bent u voor deze klacht onder
 behandeling geweest bij:*

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

**Geef op de tekening met onderstaande symbolen aan
 waar u de klacht voelt:**

- Zeurende pijn **V**
- Stijfheid **I**
- Brandende pijn **X**
- Gevoelloosheid **O**
- Scherpe pijn **↙**
- Tintelingen **●**
- Krampen **S**
- Doffe pijn **↔**



**Spier- en gewrichtsklachten
 Verleden/Heden**

- Nek
- Tussen schouders
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies L/R
- Heup L/R
- Been L/R
- Knie L/R
- Voet of hiel L/R
- Kaakpijn
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand L/R
- Pols L/R
- Vinger L/R
- Ribben L/R
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten
- Arthritis
- Jicht
- Spierverzwakking
- Gevoelsstoornissen

Algemene klachten:**Verleden/Heden**

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid:
 - Ik draai
 - De omgeving draait
- Flauwvallen
- Woede-aanvallen
- Slaapstoornissen
- Concentratieproblemen
- Geheugenproblemen
- Angsten

Verleden/Heden

- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressies
- Aangezichtspijn L/R
- Slechte eetlust
- Voorhoofdholte-/Bijholteontsteking
- Kramp
- Beven:
 - In rust
 - In bewegen

Onderstaand s.v.p. zo uitgebreid mogelijk invullen. Graag ook die zaken die geen relatie lijken te hebben met uw aanmeldingsklacht(en).

Gewicht verlies/toename

Botbreuken

Ziekenhuisopname

Ongevallen:

Operaties:

Mentale ziekten:

Medicijnen die u neemt en waarvoor:

Neemt u vitamine/mineralen supplementen?.....

Zo ja, welke?.....

Zijn er sociale omstandigheden die van belang kunnen zijn voor het ontstaan van de klachten of momenteel als stress ervaren kunnen worden?

Zijn er ziektes die bij u in de familie voorkomen?

Hoe schat u de pijn in?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(s.v.p. omcirkelen wat van toepassing is op een schaal van 1 (lichte pijn) tot 10 (zeer hevige pijn)).

Datum van uw laatste testen

	Korter dan 6 mnd.	Tussen 6-18 mnd.	Langer dan 18 mnd.	Nog Nooit	Heeft u nog opmerkingen:
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI /CT	<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"/>
Hart onderzoek:	<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"/>
Softdrugs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvinken wat van toepassing is:

Maag en Ingewanden

Verleden/Heden

- Maagpijn
- Maagzuur
- Maagzweer
- Maagbreuk
- Verteringsproblemen
- Slechte eetlust
- Veel dorst/honger
- Bloed in speeksel
- Galproblemen
- Leverproblemen
- Gele huid
- Constipatie/moeilijke stoelgang
- Diarree
- Stoelgang gekleurd
- Overgeven/braken
- Aambeien
- Winderigheid/gas
- Buikpijn
- Blindedarmonsteking
- Andere:

Huid

Verleden/Heden

- Droge huid
- Vette huid
- Verkleuring
- Jeuk
- Uitslag/eczem
- Makkelijk blauwe plekken
- Andere:

Aandoeningen

Verleden/Heden

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Reuma
- Tuberculose
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple sclerose
- Hersenvliesontsteking
- Schildklierafwijking
- Polio
- Andere:

Hart en Bloedvaten

Verleden/Heden

- Hartproblemen
- Beroerte
- Hoge bloeddruk
- Lage bloeddruk
- Spataderen L/R
- Hartslag:
 - Onregelmatig
 - Versneld
 - Vertraagd
- Flauwvallen
- Blauwe plekken
- Bloedarmoede
- Pijn:
 - In de linkerarm
 - In de rechterarm
- Koude voeten
- Koude handen
- Gezwollen enkels
- Gezwollen handen
- Gezwollen ogen
- Verkleuring lippen en nagelbed
- Aderverkalking

Ademhaling

Verleden/Heden

- Hyperventilatie
- Zweetuitbarsting
- Astma
- Bronchitis
- Longontsteking
- Emfyseem
- Hooikoorts
- Pijn in de borst
- Ophoesten van bloed
- Ophoesten van slijm:
 - Gekleurd
 - Ongekleurd
- Chronische hoest
- Kortademig
- Piepende ademhaling
- Andere:

Mond en Keel

Verleden/Heden

- Pijn
- Gezwollen klieren
- Gebit
- Heesheid
- Pijn /moeite met slikken
- Smaak veranderd
- Tandknarst overdag en/of 's nachts
- Een vermoeid gevoel in de kaken 's ochtends
- Andere:

Genito-Urienair

Verleden/Heden

- Blaas, waterweg problemen
- Nierontsteking
- Prostaatproblemen
- Ongecontroleerd urineverlies
- Vermeerderde plasgewoonte
- Moeilijk plassen
- Nadruppelen
- 's Avonds moeilijk plassen
- Bloed in urine
- Potentiestoornissen
- Andere:

Ogen

Verleden/Heden

- Pijn
- Roodheid
- Tranen/Droog
- Zicht:
 - Wazig
 - Vlekken
- Verminderd veraf
- Verminderd dichtbij
- Dubbel zien
- Lichtgevoelig
- Andere:

Gebruikt u:

Verleden/Heden

- Steunzolen
- Hakverhoging L/R
- Andere:

Oren:

Verleden/Heden

- Pijn
- Fluiten
- Gehoor:
 - Verminderd
 - Vermeerderd
- Vochtverlies
- Tinnitus/geluid
- Klakken
- Ruis
- Andere:

Neus en Sinussen

Verleden/Heden

- Pijn
- Slijm
- Bloeden
- Geurverlies
- Infecties
- Allergieën
- Verstopt
- Andere:

Vrouwen

Verleden/Heden

- Menstruatiekrampen
- Rugpijn tijdens menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Overmatig bloedverlies
- Borstpijn
- Heeft u een miskraam gehad?
- Bent u mogelijk zwanger?.....
- Laatste menstruatie?.....
- Laatste gynaecologisch onderzoek?
- Overgangsproblemen
- Andere:

Slaapt u op de:

Verleden/Heden

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

Hoe oud is uw matras?

- Is uw matras comfortabel?
- Ja Nee

Heeft u nog opmerkingen?.....
.....
.....

Mogen wij uw huisarts informeren?

Ja / Nee *

Wenst u een kopie van het huisartsen rapport te ontvangen Ja / Nee *

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Indien niet ingevuld, behouden wij het recht uw huisarts te informeren en ontvangt u geen kopie van het rapport.

Handtekening:

Datum:

.....

.....