

**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: .....

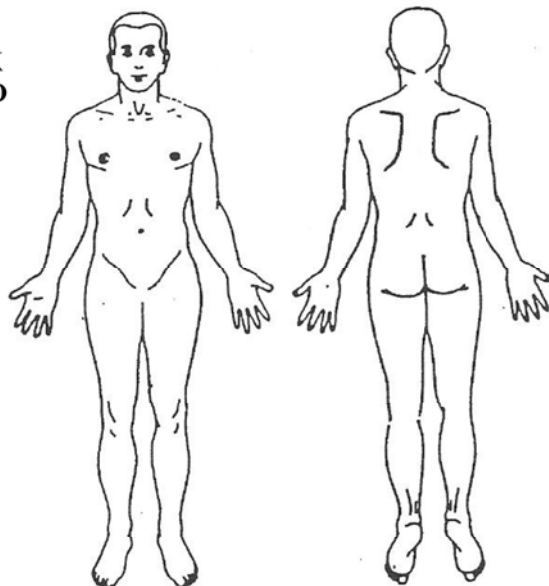
**Deskundigen:**

*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"/>	.....

---

<b>Gewoontes:</b>	<b>Veel</b>	<b>Normaal</b>	<b>Weinig</b>	<b>Geen</b>
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 \*

\* Doorhalen wat niet van toepassing is. Indien niet ingevuld, behouden wij het recht uw huisarts te informeren.

**Handtekening:**

**Datum:**

.....

.....