

CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN
VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST VOOR VOLWASSENEN (vanaf 12 jaar)

S.V.P. met rood invullen

DAMES

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

Aantal kinderen:
Beroep:
Werkt u momenteel: ja/nee
Hobby's/Sport:
Komt u via huisarts/specialist/anders:
Huisarts:
Woonplaats huisarts:

Mogen wij uw huisarts informeren? JA / NEE
(doorhalen wat niet van toepassing is.)

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:

Van 1 (licht) tot 10 (zeer hevig), hoe hevig is de pijn?.....

Deskundigen:

Bent u voor deze klacht onder behandeling geweest bij:

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

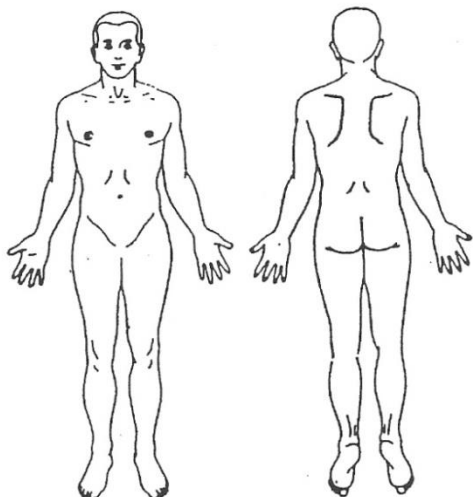
Geef op de tekening aan waar u de klacht voelt: Spier- en gewrichtsklachten

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

Verleden/Heden

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

Maag en Ingewanden**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Maagpijn
- ☐ ☐ Maagzuur
- ☐ ☐ Maagzweer
- ☐ ☐ Maagbreuk
- ☐ ☐ Verteringsproblemen
- ☐ ☐ Veel dorst/honger
- ☐ ☐ Galproblemen
- ☐ ☐ Leverproblemen
- ☐ ☐ Gele huid
- ☐ ☐ Constipatie/moeilijke stoelgang
- ☐ ☐ Diarree
- ☐ ☐ Overgeven/braken
- ☐ ☐ Aambeien
- ☐ ☐ Winderigheid/gas
- ☐ ☐ Buikpijn
- ☐ ☐ Blindedarmontsteking
- ☐ ☐ Andere:

Genito-Urienair**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Blaas, waterwegproblemen
- ☐ ☐ Nierontsteking
- ☐ ☐ Ongecontroleerd urineverlies
- ☐ ☐ Moeilijk plassen
- ☐ ☐ Bloed in urine
- ☐ ☐ Andere:

Gebruikt u:**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Steunzolen
- ☐ ☐ Hakverhoging L/R
- ☐ ☐ Andere:

Ademhaling**Verleden/Heden**

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

Aandoeningen**Verleden/Heden**

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

Huid**Verleden/Heden**

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

Vrouwen**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Menstratiekrampen
- ☐ ☐ Rugpijn tijdens menstruatie
- ☐ ☐ Onregelmatige menstruatie
- ☐ ☐ Overmatig bloedverlies
- ☐ ☐ Bent u mogelijk zwanger?
.....
- ☐ ☐ Overgangsproblemen
- ☐ ☐ Andere:

Slaapt u op de:

- ☐ Rug
- ☐ Zij
- ☐ Buik
- ☐ Wisselend

Hoe oud is uw matras?

.....

Is uw matras comfortabel?

- ☐ Ja ☐ Nee

Hart en Bloedvaten**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Hartproblemen
- ☐ ☐ Beroerte
- ☐ ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ ☐ Lage bloeddruk
- ☐ ☐ Spataderen L/R
- ☐ ☐ Blauwe plekken
- ☐ ☐ Bloedarmoede
- ☐ ☐ Koude voeten
- ☐ ☐ Koude handen
- ☐ ☐ Gezwollen enkels
- ☐ ☐ Gezwollen handen
- ☐ ☐ Aderverkalking
- ☐ ☐ Hartslag:
 - ☐ Onregelmatig
 - ☐ Versneld
 - ☐ Vertraagd

Ogen**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Pijn
- ☐ ☐ Zicht:
 - ☐ Wazig
 - ☐ Vlekken
- ☐ ☐ Dubbel zien
- ☐ ☐ Lichtgevoelig
- ☐ ☐ Andere:

Oren:**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Pijn
- ☐ ☐ Fluiten
- ☐ ☐ Gehoor verminderd
- ☐ ☐ Tinnitus/geluid
- ☐ ☐ Ruis
- ☐ ☐ Andere:
.....

Neus en Sinussen**Verleden/Heden**

- ☐ ☐ Pijn
- ☐ ☐ Slijm
- ☐ ☐ Bloeden
- ☐ ☐ Geurverlies
- ☐ ☐ Verstopt
- ☐ ☐ Andere:

Mond en Keel**Verleden/Heden**

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

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

☐ Gewicht stabiel/verlies/toename*

* Doorhalen wat niet van toepassing is

☐ Botbreuken (wanneer, welke).....

☐ Ziekenhuisopname (wanneer, waarvoor).....

☐ Operaties (wanneer, welke).....

☐ Ongevallen (wanneer, welke).....

☐ Mentale/psychische ziekten (welke).....

☐ Medicijnen die u neemt en waarvoor:

☐ Neemt u vitamine/mineralensupplementen? Zo ja Welke?

☐ Zijn er ziektes die bij u in de familie voorkomen?

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

Datum van uw laatste testen	Korter dan 6 mnd	Tussen 6-18 mnd	Langer dan 18 mnd	Nog Nooit
Urinetest:	☐	☐	☐	☐
Röntgenfoto's	☐	☐	☐	☐
MRI /CT	☐	☐	☐	☐
Bloedtest:	☐	☐	☐	☐
Chiropractisch onderzoek:	☐	☐	☐	☐
Hart onderzoek:	☐	☐	☐	☐

Gewoontes:	Veel	Normaal	Weinig	Geen
Eetlust:	☐	☐	☐	☐
Koffie:	☐	☐	☐	☐
Alcohol:	☐	☐	☐	☐
Lichaamsbeweging:	☐	☐	☐	☐
Slaap:	☐	☐	☐	☐
Roken:	☐	☐	☐	☐
Softdrugs:	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog opmerkingen?

.....

.....

.....

.....

Bent u in de afgelopen 10 dagen gevaccineerd? Ja / Nee

Handtekening:

Datum: