

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/zijn uw klacht(en):

.....
.....
.....
.....

Wanneer is/zijn de klacht(en) voor het eerst begonnen:

.....
.....

Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht(en):

.....
.....

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:

.....
.....

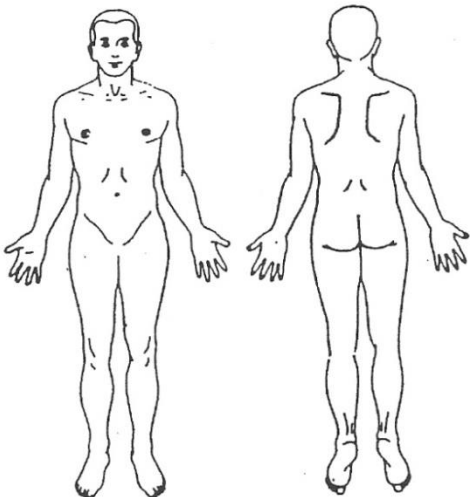
Geef op de tekening aan waar u de klacht voelt: Spier- en gewrichtsklachten

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
 Gevoelstoornissen



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-Urinair**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/mineralen supplementen? 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:	<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"/>

Heeft u nog opmerkingen?

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

Handtekening:

Datum: