

**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: .....  
 Hoe bent u bij ons gekomen?: .....  
 Huisarts: .....  
 Gevestigd te: .....

**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: .....

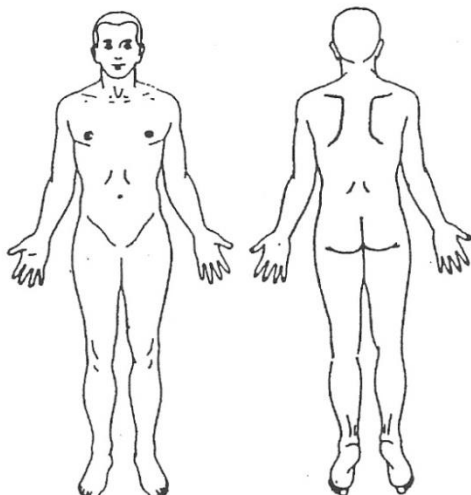
**Van 1 (licht) tot 10 (zeer hevig), hoe hevig is de pijn?.....**

**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****



	Nu	Verleden		Nu	Verleden
Nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elleboog L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tussen schouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pols L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staartbeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vinger L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lies L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ribben L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heup L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewrichtsontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Been L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gezwollen gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voet of hiel L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaakpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spierverzwakking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schouder L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gevoelsstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>Algemene klachten:</b>		<b>Ademhaling</b>		<b>Hart en Bloedvaten</b>	
	<b>Nu Verleden</b>		<b>Nu Verleden</b>		<b>Nu Verleden</b>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hyperventilatie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hartproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zweetuitbarsting	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beroerte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Duizeligheid:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ik draai		Bronchitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> De omgeving draait		Longontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spataderen L/R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Flauwvallen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Emfyseem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hartslag:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Woede-aanvallen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hooikoorts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onregelmatig	
Slaapstoornissen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pijn in de borst	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Versneld	
Concentratieproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ophoesten van bloed	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vertraagd	
Geheugenproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ophoesten van slijm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blauwe plekken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Angsten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chronische hoest	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bloedarmoede	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kortademig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Koude voeten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zenuwachtigheid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Piepende ademhaling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Koude handen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergieën	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere: .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gezwellen enkels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Depressies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....		Gezwellen handen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aangezichtspijn L/R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Aderverkalking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Slechte eetlust	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Aandoeningen</b>			
Voorhoofdholte-			<b>Nu Verleden</b>	<b>Ogen</b>	
Bijholteontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Nu Verleden</b>
Kramp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alcoholisme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beven:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reuma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zicht:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> In rust		Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wazig	
<input type="checkbox"/> In bewegen		Suikerziekte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vlekken	
<b>Maag en Ingewanden</b>		Ziekte van Pfeiffer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dubbel zien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Nu Verleden</b>	Epilepsie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lichtgevoelig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maagpijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kanker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maagzuur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Multiple sclerose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Maagzweer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hersenvliesontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Oren:</b>	
Maagbreuk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schildklierafwijking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Nu Verleden</b>
Verteringsproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Veel dorst/honger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fluiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Galproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Gehoor verminderd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leverproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Huid</b>	<b>Nu Verleden</b>	Tinnitus/geluid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gele huid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ruis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Constipatie/moeilijke		Droge huid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere: .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
stoelgang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jeuk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
Diarree	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uitslag/eczem			
Overgeven/braken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Makkelijk blauwe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Neus en Sinussen</b>	
Aambeien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	plekken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Nu Verleden</b>
Winderigheid/gas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere: .....		Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Buikpijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Slijm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blindedarmonsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Vrouwen</b>	<b>Nu Verleden</b>	Bloeden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geurverlies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Genito-Urinair</b>		Menstratiekrampen		Verstopt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Nu Verleden</b>	Rugpijn tijdens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere: .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blaas /		menstruatie			
waterwegproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Onregelmatige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Mond en Keel</b>	
Nierontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	menstruatie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>Nu Verleden</b>
Ongecontroleerd		Overmatig bloedverlies		Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
urineverlies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bent u mogelijk		Gezwellen klieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Moeilijk plassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zwanger?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gebit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bloed in urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Overgangsproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Heesheid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere:.....		Pijn /moeite met slikken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....				Smaak veranderd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Gebruikt u:</b>		<b>Slaapt u op de:</b>		Tandenknarst overdag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Nu Verleden</b>	<input type="checkbox"/> Rug		en/of 's nachts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Steunzolen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zij		Vermoeid gevoel in de	
Hakverhoging L/R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buik		kaken 's ochtends	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wisselend		Andere:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<b>Hoe oud is uw</b>			
		<b>matras?</b>			
		.....			
		<b>Is uw matras</b>			
		<b>comfortabel?</b>			
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			

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:	<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:** .....