

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

**S.V.P. met rood invullen**

**HEREN**

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:  
.....  
.....

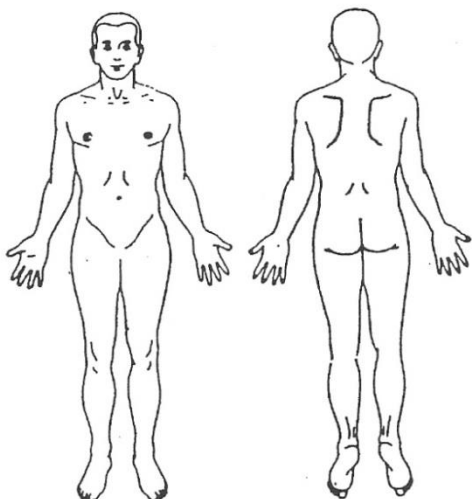
**Geef op de tekening aan waar u de klacht voelt: Spier- en gewrichtsklachten**

**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  
  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-Urienair****Verleden/Heden**

- Blaas, waterwegproblemen
- Nierontsteking
- Prostaatproblemen
- 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: .....

**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
- Hartslag:
  - Onregelmatig
  - Versneld
  - Vertraagd
- Blauwe plekken
- Bloedarmoede
- Koude voeten
- Koude handen
- Gezwollen enkels
- Gezwollen handen
- Aderverkalking

**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: .....