

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

S.V.P. met rood invullen

HEREN

Naam:
 Voorletters:M/V
 Roepnaam:
 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 in:

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:

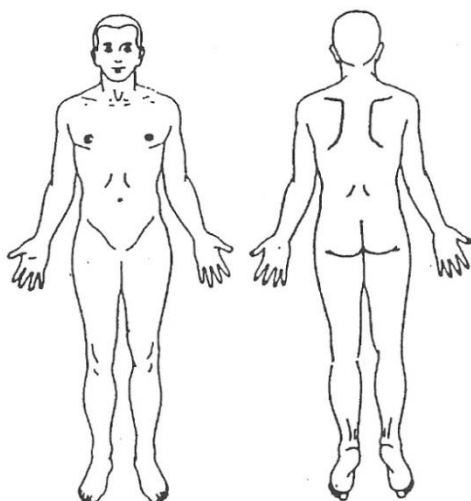
Van 1 (licht) tot 10 (zeer hevig), hoe hevig is de pijn?.....

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"/>			

Algemene klachten:		Ademhaling		Hart en Bloedvaten	
	Nu Verleden		Nu Verleden		Nu Verleden
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"/>	Aandoeningen	Nu Verleden	Aderverkalking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Slechte eetlust	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Voorhoofdholte-				Ogen	
Bijholteontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kramp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alcoholisme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zicht:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Beven:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reuma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wazig	
<input type="checkbox"/> In rust		Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vlekken	
<input type="checkbox"/> In bewegen		Suikerziekte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dubbel zien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maag en Ingewanden	Nu Verleden	Ziekte van Pfeiffer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lichtgevoelig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Epilepsie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maagpijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kanker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Maagzuur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Multiple sclerose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oren:	
Maagzweer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hersenvliesontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maagbreuk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schildklierafwijking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fluiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verteringsproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gehoor verminderd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Veel dorst/honger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tinnitus/geluid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Galproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Huid	Nu Verleden	Ruis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leverproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gele huid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Droge huid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Constipatie/moeilijke		Jeuk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neus en Sinussen	
stoelgang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uitslag/eczem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Diarree	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Makkelijk blauwe		Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Overgeven/braken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	plekken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Slijm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aambeien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bloeden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Winderigheid/gas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Slaapt u op de:		Geurverlies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Buikpijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rug		Verstopt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blindedarmonsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zij		Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buik			
		<input type="checkbox"/> Wisselend		Mond en Keel	
Genito-Urinair	Nu Verleden				
		Hoe oud is uw		Pijn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blaas /		matras?		Gezwellen klieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
waterwegproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Gebit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nierontsteking	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Is uw matras		Heesheid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prostaatproblemen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	comfortabel?		Pijn /moeite met slikken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ongecontroleerd		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Smaak veranderd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
urineverlies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Tandenknarst overdag	
Moeilijk plassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			en/of 's nachts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bloed in urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Vermoeid gevoel in de	
Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			kaken 's ochtends	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....				Andere:.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gebruikt u:	Nu Verleden				
Steunzolen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Hakverhoging L/R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Andere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

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: