

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

S.V.P. met rood invullen

Naam:
Voorletters:M/V/Ander
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 heeft u ons gevonden?:
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:

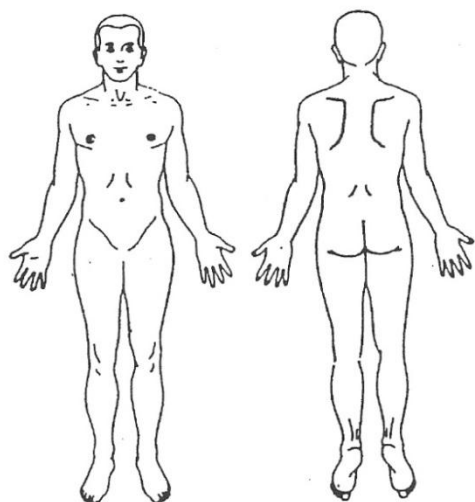
Van 1 (licht) tot 10 (zeer hevig), hoe hevig is de pijn?.....

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	☐	☐	Elleboog L/R	☐	☐
Tussen schouders	☐	☐	Hand L/R	☐	☐
Lage rug	☐	☐	Pols L/R	☐	☐
Staartbeen	☐	☐	Vinger L/R	☐	☐
Lies L/R	☐	☐	Ribben L/R	☐	☐
Heup L/R	☐	☐	Gewrichtsontsteking	☐	☐
Been L/R	☐	☐	Gezwollen gewrichten	☐	☐
Knie L/R	☐	☐	Artritis	☐	☐
Voet of hiel L/R	☐	☐	Jicht	☐	☐
Kaakpijn	☐	☐	Spierverzwakking	☐	☐
Schouder L/R	☐	☐	Gevoelsstoornissen	☐	☐
Arm L/R	☐	☐			

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

☐ Bent u in de afgelopen 10 dagen gevaccineerd? (Geldt voor alle vaccinaties, zoals voor reizen) Ja / Nee

☐ 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?

.....

.....

.....

.....

Handtekening:.....

Datum:.....