

Vertrouwelijke vragenlijst

Chiropractie LaFlamme, Kerkstraat 11a, 4854 CC Bavel. Tel.nr. 0161-430040

Achternaam: _____ Meisjesnaam: _____ Voorletters: _____ M/V
 Straat: _____ Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Telefoon: (privé): _____ Tel. mob.: _____ E-mail: _____
 Geb.datum: _____ Aantal Kinderen: _____ Burg. staat: _____
 Beroep: _____ Werkt u momenteel: ja/nee. Zo niet, sinds wanneer niet? _____
 Hobby's/sporten: _____ Hoe vaak per week sport u?: _____
 Huisarts: _____ Mogen wij uw huisarts informeren? ja/nee Zorgverzekaar: _____
 Door wie bent u verwezen? (naam en adres) _____

Wat is uw belangrijkste klacht? _____

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen? _____

Deze begon geleidelijk plotseling.
 De klacht is: constant aanwezig wisselend aanwezig.
 Deze wordt erger minder erg blijft hetzelfde.
 Pijnbeschrijving: zeurend tintelend stekend dof gevoelloos brandend
 Wordt erger met: zitten staan lopen bewegen bukken tillen
 hoesten, niezen, persen werken 's nachts 's morgens (opstaan)
 onafhankelijk van houding/beweging anders, nl. : _____
 Neemt af met: zitten staan lopen bewegen bukken tillen
 werken warmte koude 's nachts 's morgens (opstaan)
 andere activiteiten/bewegingen: _____

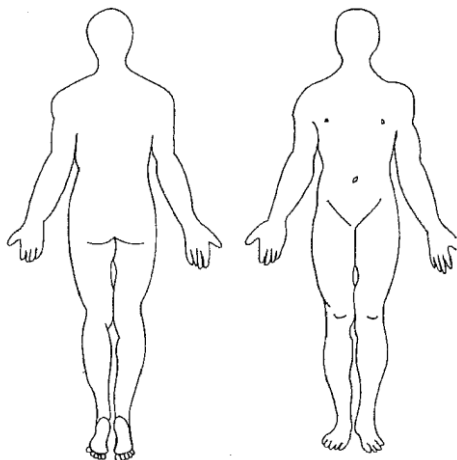
Pijnniveau: (omcirkelen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Heeft u andere belangrijke klachten? _____

Deskundigen: bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij: (aankruisen wat van toepassing is en naam erbij vermelden)

Huisarts _____ Orthooped _____ Pijnteam _____
 Fysiotherapeut _____ Neuroloog _____ Psycholoog/Psychiater _____
 Manueel therapeut _____ Reumatoloog _____ Acupuncturist _____
 Cesar/Mensendiek _____ Chirurg _____ Homeopaat _____
 Podotherapeut _____ Revalidatie-arts _____ Chiropractor _____
 Andere: _____

Geef op de tekening de huidige klachten aan:



Wanneer heeft u voor het laatst gehad?

Onderzoek	Wanneer	Resultaat
Röntgenfoto's	_____	_____
Bloedonderzoek	_____	_____
Urine-onderzoek	_____	_____
Hartonderzoek	_____	_____
Bloeddruk	_____	_____

Gewoontes	Beschrijving	Hoeveel
Koffie	_____	_____
Roken	_____	_____
Alcohol	_____	_____
Beweging	_____	_____
Slaap	_____	_____
Eetlust	_____	_____

Zet een kruisje in het juiste vakje voor de volgende symptomen, die u nu heeft of vroeger heeft gehad:
(V = vroegere problemen, H = huidige problemen).

V H Spieren/gewrichten:

- nek
- tussen de schouders
- borstbeen en rib(ben)
- lage rug
- staartbeen

- schouder L/R
- arm L/R
- elleboog L/R
- hand, pols, vingers L/R

- lies L/R
- heup L/R
- been L/R
- knie L/R
- voet, hiel, tenen L/R

- gewrichtspijn
- gezwollen gewrichten
- Jicht

Hart en bloedvaten:

- hartproblemen
- beroerte
- hoge bloeddruk
- lage bloeddruk
- spataderen L/R
- slechte circulatie
- zwelling in de enkels
- bloedarmoede
- hartkloppingen/overslaan

Huid:

- jeuk
- eczeem
- blauwe plekken
- droge huid

V H Algemeen:

- hoofdpijn
- migraine
- duizeligheid
- flauwvallen
- oorsuizingen
- slapeeloosheid
- vermoeidheid
- zenuwachtigheid
- allergieën
- depressie
- aangezichtspijn L/R
- slechte eetlust
- keel, neus, oor, oog
- voorhoofdsholte-ontsteking
- bijholte-ontsteking
- oorontsteking L/R
- doofheid L/R
- kaakpijn L/R
- brok in keel
- koorts
- gewichtsverlies- of toename

Ademhaling:

- ademhalingsmoelijkheden
- astma
- bronchitis
- longontsteking
- emfyseem
- hooikoorts
- pijn in de borst
- chronische hoest
- ophoesten van bloed
- ophoesten van slijm
- Hyperventilatie

V H Maag en ingewanden:

- buikpijn
- maag- of darmzweer
- galproblemen
- leverproblemen
- darmklachten
- constipatie
- diarree
- overgang
- misselijkheid
- aambeien
- winderigheid
- blaas- of nierproblemen
- prostaatproblemen
- onbeheerst urineverlies
- blindedarmontsteking
- gevoeligheid voor bepaalde voedingsmiddelen? Welke?

Alleen voor vrouwen:

- overgangsklachten
- buikkrampen
- rugpijn tijdens menstruatie
- hoofdpijn tijdens menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- overmatig bloedverlies
- miskraam
- moeilijke bevalling
- keizersnede
- depressie/geïrriteerdheid tijdens menstruatie

Heeft u:

- steunzolen
- hakverhoging
- corset
- andere: _____

Zet een kruisje bij de volgende condities die u heeft of heeft gehad:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alcoholisme | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Multiple sclerose | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reuma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ziekte van Pfeiffer |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schildklierafwijking |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hersenvliesontsteking | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere: _____ |

- mentale ziekten: _____
- ongevallen: _____
- breuken: _____
- operaties: _____
- ziekenhuisopnamen: _____
- medicijnen die u neemt en waarvoor: _____
- voedingssupplementen: _____