

VERTROUWELIJKE VOORGESCHIEDENIS PATIENT

Geachte patiënt:

Deze vragenlijst graag volledig invullen. Uw antwoorden zijn nodig om te bepalen of U door chiropractie kunt worden geholpen. Als wij niet opecht denken dat uw klachten gunstig zullen reageren, zullen wij U niet in behandeling nemen. Dank U.

Naam

datum

Adres

Postcode + woonplaats

Geboortedatum

leeftijd

☐ man ☐ vrouw

Tel. thuis

/

Burg. staat: ☐ gehuwd ☐ ongehuwd ☐

aantal kinderen

Tel. werk

/

Beroep

Sport / hobbies

Spreektaal: ☐ Fries ☐ Ned. ☐

Aanbevolen door (naam)

Huisarts

Maak nu eerst blz. 3 & 4 af. Dank u

Kruis het juiste vakje aan voor de klachten welke U nu heeft of heeft gehad.

Voordat wij U in behandeling nemen willen wij over alle gegevens betreffende uw gezondheid beschikken. Dit is een vertrouwelijk gezondheidsverslag.

S = soms **V** = vaak **C** = constant**S V C ALGEMEEN**

- ☐ ☐ ☐ Allergie
☐ ☐ ☐ Verkoudheid
☐ ☐ ☐ Stuiptrekkingen
☐ ☐ ☐ Duizeligheid
☐ ☐ ☐ Flauwvallen
☐ ☐ ☐ Moeheid
☐ ☐ ☐ Koorts
☐ ☐ ☐ Hoofdpijn
☐ ☐ ☐ Slaapgebrek
☐ ☐ ☐ Gewichtsverlies
☐ ☐ ☐ Nervositeit/depressie
☐ ☐ ☐ Zenuwpijn
☐ ☐ ☐ Gevoelloosheid
☐ ☐ ☐ Transpireren
☐ ☐ ☐ Beven

S V C SPIEREN EN GEWRICHTEN

- ☐ ☐ ☐ Reuma
☐ ☐ ☐ Arthritis
☐ ☐ ☐ Gewrichtsvliesontsteking
☐ ☐ ☐ Voetklachten
☐ ☐ ☐ Hernia
☐ ☐ ☐ Lage rugpijn
☐ ☐ ☐ Spit
☐ ☐ ☐ Nekpijn of stijfheid
☐ ☐ ☐ Pijn tussen de schouderbladen
☐ ☐ ☐ Heupen/liezen
 Pijn of gevoelloosheid in:
☐ ☐ ☐ Schouders
☐ ☐ ☐ Armen
☐ ☐ ☐ Ellebogen
☐ ☐ ☐ Handen
☐ ☐ ☐ Benen
☐ ☐ ☐ Knieën
☐ ☐ ☐ Voeten
☐ ☐ ☐ Pijnlijk staartbeen
☐ ☐ ☐ Zwak postuur
☐ ☐ ☐ Ischias
☐ ☐ ☐ Wervelkromming
☐ ☐ ☐ Opgezette gewrichten
☐ ☐ ☐ Ochtendstijfheid

S V C MAAG EN INGEWANDEN

- ☐ ☐ ☐ Boeren of gas
☐ ☐ ☐ Darmontsteking
☐ ☐ ☐ Dikke darm klachten
☐ ☐ ☐ Verstopping
☐ ☐ ☐ Diarree
☐ ☐ ☐ Spijsverteringsproblemen
☐ ☐ ☐ Opgezette buik
☐ ☐ ☐ Overmatige eetlust
☐ ☐ ☐ Galblaasklachten
☐ ☐ ☐ Aambeien
☐ ☐ ☐ Darmwormen
☐ ☐ ☐ Geelzucht
☐ ☐ ☐ Leverklachten
☐ ☐ ☐ Misselijkheid
☐ ☐ ☐ Maagpijn
☐ ☐ ☐ Slechte eetlust
☐ ☐ ☐ Overgeven
☐ ☐ ☐ Bloedovergeven

S = soms **V** = vaak **C** = constant

S V C OGEN, NEUS, KEEL EN OREN

- ☐ ☐ ☐ Astma
- ☐ ☐ ☐ Verkoudheid
- ☐ ☐ ☐ Scheelkijken
- ☐ ☐ ☐ Doofheid
- ☐ ☐ ☐ Slecht gebit
- ☐ ☐ ☐ Oorpijn
- ☐ ☐ ☐ Lopende oren
- ☐ ☐ ☐ Oorsuizen
- ☐ ☐ ☐ Opgezetste klieren
- ☐ ☐ ☐ Opgezette schildklier
- ☐ ☐ ☐ Oogpijn
- ☐ ☐ ☐ Slecht zien
- ☐ ☐ ☐ Verziendheid
- ☐ ☐ ☐ Tandvleesklachten
- ☐ ☐ ☐ Hooikoorts
- ☐ ☐ ☐ Heesheid
- ☐ ☐ ☐ Verstopte neus
- ☐ ☐ ☐ Bijziendheid
- ☐ ☐ ☐ Neusbloedingen
- ☐ ☐ ☐ Bijholteontsteking
- ☐ ☐ ☐ Keelpijn
- ☐ ☐ ☐ Ontstoken amandelen

S V C HART EN BLOEDVATEN

- ☐ ☐ ☐ Verharde bloedvaten
- ☐ ☐ ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ ☐ ☐ Lage bloeddruk
- ☐ ☐ ☐ Pijn in hartstreek
- ☐ ☐ ☐ Zwakke bloedsomloop
- ☐ ☐ ☐ Snelle hartslag
- ☐ ☐ ☐ Trage hartslag
- ☐ ☐ ☐ Opgezette enkels

ADEMHALING

- ☐ ☐ ☐ Pijn in de borstkas
- ☐ ☐ ☐ Chronische hoest
- ☐ ☐ ☐ Ademhalingsmoeilijkheden
- ☐ ☐ ☐ Bloed ophoesten
- ☐ ☐ ☐ Slijm ophoesten
- ☐ ☐ ☐ Hijgen

HUID

- ☐ ☐ ☐ Steenpuisten
- ☐ ☐ ☐ Snel blauwe plekken
- ☐ ☐ ☐ Droge huid
- ☐ ☐ ☐ Allergie of bulten
- ☐ ☐ ☐ Jeuk
- ☐ ☐ ☐ Huiduitslag
- ☐ ☐ ☐ Spataderen

S V C GENITO-URINAIR

- ☐ ☐ ☐ Bedplassen
- ☐ ☐ ☐ Bloed in urine
- ☐ ☐ ☐ Vaak plassen
- ☐ ☐ ☐ Geen controle over nieren
- ☐ ☐ ☐ Nierontsteking of -stenen
- ☐ ☐ ☐ Pijnlijk plassen
- ☐ ☐ ☐ Prostaatklachten
- ☐ ☐ ☐ Pus in urine

ALLEEN VOOR VROUWEN

- ☐ ☐ ☐ Opgezetste borsten
 - ☐ ☐ ☐ Krampen of rugpijn
 - ☐ ☐ ☐ Overmatige menstruatie
 - ☐ ☐ ☐ Warmte toeval/opvlieger
 - ☐ ☐ ☐ Onregelmatige cyclus
 - ☐ ☐ ☐ Menopauze verschijnselen
 - ☐ ☐ ☐ Pijnlijke menstruatie
 - ☐ ☐ ☐ Vaginale afscheiding
- Bent u zwanger?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee

KRUIS DE VOLGENDE AANDOENINGEN AAN DIE U HEEFT GEHAD:

- ☐ Alcoholisme
- ☐ Bloedarmoede
- ☐ Blindedarmontsteking
- ☐ Aderverkalking
- ☐ Arthritis
- ☐ Kanker
- ☐ Chorea
- ☐ Koude plekken
- ☐ Suikerziekte
- ☐ Difterie
- ☐ Eczeem
- ☐ Emfyseem

- ☐ Koortsuitslag
- ☐ Kropgezwel
- ☐ Jicht
- ☐ Hartziekte
- ☐ Influenza
- ☐ Spit
- ☐ Malaria
- ☐ Mazelen
- ☐ Miskraam
- ☐ Multiple sclerose

- ☐ Bof
- ☐ Borstvliesontsteking
- ☐ Longontsteking
- ☐ Polio
- ☐ Reumatische koorts
- ☐ Roodvonk
- ☐ Beroerte
- ☐ Tuberculose
- ☐ Tyfus
- ☐ Maagzweer
- ☐ Geslachtsziekte
- ☐ Kinkhoest

Bent U ooit eerder chiropractisch behandeld? Zo ja, voor het laatst op door (naam)

Hoe bent U voor ziektekosten verzekerd? ☐ ziekenfonds ☐ basis ☐ uitgebreid

☐ particulier ☐ basis ☐ uitgebreid

Is uw aandoening het gevolg van een bedrijfsongeval? ☐ ja ☐ nee Verkeersongeval? ☐ ja ☐ nee ☐ misschien

Zit ziek thuis? Zo ja, sinds W.A.O. sinds

VERTROUWELIJK; vul elke vraag in: evt. met een liggend streepje of n.v.t., vraagteken, o.i.d.

Wat is uw hoofdzakelijke klacht?

Andere klachten

Hoe lang heeft U deze aandoening gehad?

Heeft U dezelfde of gelijksoortige aandoeningen eerder gehad?

Welke activiteiten verergeren de aandoening?

Wordt de aandoening geleidelijk erger? ☐ ja ☐ nee ☐ gelijk ☐ op en af

Is de aandoening hinderlijk bij uw: ☐ werk ☐ slaap ☐ dagelijkse gang van zaken ☐ andere:

Hoe lang is het geleden dat U zich echt goed voelde?

Noteer welke diagnoses en behandelingen U heeft gehad voor uw huidige aandoening:

Wat denkt U zelf dat er met U aan de hand is?

Noteer operaties en jaartallen:

Gebruikt U: ☐ Zenuwtabletten ☐ Pijnstillers ☐ Spierontspanners ☐ Peppillen
☐ Kalmeringsmiddelen ☐ Anticonceptiepillen ☐ Andere medicijnen:

Tandartsbezoek: ☐ Elk halfjaar ☐ Jaarlijks ☐ Alleen bij kiespijn of noodgevallen ☐ Kunstgebit

Hoe oud is uw matras? ☐ Comfortabel ☐ Niet comfortabel Gebruikt U planken onder uw bed?

Draagt U: ☐ Hielverhoging ☐ Therapiezolen ☐ Voorvoetsteunen ☐ Steunzolen

Bent U bij een verkeersongeluk betrokken geweest? ☐ Afgelopen jaar ☐ Laatste 5 jaar ☐ Meer dan 5 jaar geleden

Omschrijf ☐ Nooit

Bent U ooit overspannen of onder psychiatrische behandeling geweest? ☐ nee ☐ ja Zo ja, wanneer

Zijn er anderen in uw familie met dergelijke stoornissen? ☐ nee ☐ ja Zo ja, wanneer

INFORMATIE GEZONDHEID FAMILIE

Gezondheidsproblemen kunnen vaak het gevolg zijn van erfelijk bepaalde zwakke plekken in de wervel; vandaar dat gegevens over uw familieleden ons een inzicht kunnen geven over uw gezondheidsbeeld.

naam	verwantschap	vroegere en huidige gezondheidsklachten

Komt er reuma voor in uw familie? ☐ nee ☐ ja ☐ licht

Z.O.Z.

Omschrijf kort

BENT / HEEFT U OOI;

- Bewusteloos geraakt?
- Een stok, kruk o.i.d. gebruikt?
- Behandeld voor een wervel- of zenuwaandoening?
- Een bot gebroken?
- Ziekenhuisopname gehad anders dan voor een operatie?

GEBRUIKT U;

- Vitamines of mineralen?
- Denkt U deze nodig te hebben?
- Bent U allergisch voor enig medicijn?
- Bent U bloeddonor ☐ ja ☐ nee ☐ soms

DATUM VAN HET LAATSTE:
(aankruisen a.u.b.)

	minder dan 6 mnd.	6-18 mnd.	meer dan 18 mnd.	nooit	resultaat
- Röntgenfoto's nek/rug	☐	☐	☐	☐	
- Wervelonderzoek	☐	☐	☐	☐	
- Lichamelijk onderzoek	☐	☐	☐	☐	
- Bloedonderzoek	☐	☐	☐	☐	
- Röntgenonderzoek longen	☐	☐	☐	☐	
- Röntgenonderzoek gebit	☐	☐	☐	☐	
- Urine test	☐	☐	☐	☐	

GEWOONTEN:

	veel	gewoon	weinig	geen	(aankruisen a.u.b.)
- Alcohol	☐	☐	☐	☐	
- Koffie	☐	☐	☐	☐	
- Roken	☐	☐	☐	☐	
- Medicijnen	☐	☐	☐	☐	
- Sport	☐	☐	☐	☐	
- Slaap	☐	☐	☐	☐	
- Eetlust	☐	☐	☐	☐	

Noteer alle aandoeningen waarvoor U gedurende de afgelopen 10 jaar behandeld bent geweest:

In geval van verhindering onzerzijds: (naam van familielid of goede kennis die niet bij U in huis woont)

Naam:

Tel.:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Heeft u alles ingevuld?