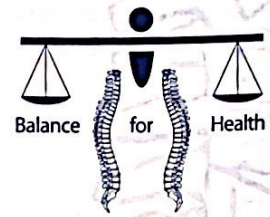


Intakeformulier



Naam _____
 Voornaam _____
 Geboortedatum _____
 Adres _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnr. _____
 Mobiele nr. _____
 E-mail _____

Gehuwd / ongehuwd _____
 Verzekering _____
 Verzekeringsnummer _____
 BSN nummer _____
 Huisarts _____
 Vestiging huisarts _____
 Beroep _____
 Hobby's / Sport _____
 Verwezen door _____

Wat is de belangrijkste klacht en wanneer is deze begonnen?

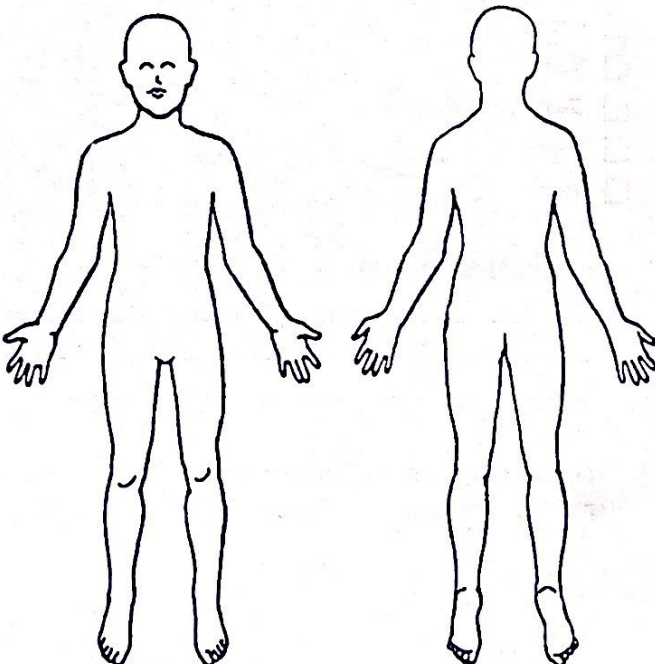
Hoe is de klacht ontstaan?

Is er sprake van uitstraling?

- Arm links Arm rechts
 Been links Been rechts

Bent u voor uw klacht(en) onder behandeling geweest bij een andere specialist of chiropractor?

Geef aan waar de klacht zit



Klacht wordt erger met:

- Zitten Lopen Staan
 Bukken Liggen Bewegen
 Hoesten Niezen Persen
 Het hoofd draaien
 Anders, namelijk:

Klacht neemt af met:

- Zitten Lopen Staan
 Bukken Liggen Bewegen
 Anders, namelijk

Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Duizeligheid | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Oorsuizingen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Slapeloosheid | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Aangezichtspijn L / R | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Slechte eetlust | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Keel- / neus- / oor- of oogklacht | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Oorontsteking L / R | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Bijholteontsteking | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Voorhoofdsholteontsteking | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Flauwvallen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Doofheid L / R | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Allergieën | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Nervositeit | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |

Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van hart- en vaatproblemen

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hartproblemen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Beroerte | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Spataderen L / R | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Zwelling in de enkels | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |

Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van problemen aan uw luchtwegen

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Longontsteking | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Emfyseem | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Hooikoorts | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Pijn in de borst | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Chronische hoest | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Ophoesten van bloed | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Ophoesten van slijm | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |

Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van uw maag en / of ingewanden?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maagpijn | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Maagzweer | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Maagbreuk | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Galproblemen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Leverproblemen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Constipatie | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Diarree | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aambeien | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Winderigheid | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Blaas, urineweg problemen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Nierontsteking | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Incontinentie | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Blindedarmontsteking | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |

Heeft u een chronische aandoening? Zo ja, welke?

Hoe slaapt u?

- Rug
 Zij
 Buik
 Wisselend

Gebruikt u:

- Steunzolen
 Hakverhogingen L / R
 Anders, namelijk

Gewoontes:

- | | | | | |
|------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Eetlust | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Weinig | <input type="checkbox"/> Geen |
| Koffie | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Weinig | <input type="checkbox"/> Geen |
| Alcohol | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Weinig | <input type="checkbox"/> Geen |
| Lichaamsbeweging | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Weinig | <input type="checkbox"/> Geen |
| Slaap | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Weinig | <input type="checkbox"/> Geen |
| Roken | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Normaal | <input type="checkbox"/> Weinig | <input type="checkbox"/> Geen |

Overige informatie die van belang kan zijn:

Ongevallen _____

Botbreuken _____

Operaties _____

Ziekenhuisopnamen

Mentale ziekten

Medicijnen die u neemt en waarvoor

Heeft u nog opmerkingen?

Stelt u het op prijs dat wij uw huisarts informeren?

- Ja nee

Datum:.....-.....-.....

Handtekening: