



VRAGENLIJST

Naam:..... **Komt u via huisarts/specialist/anders:**.....
Achternaam:..... **Huisarts:**.....
Voorletters:..... **Woonplaats huisarts:**.....
Geboortedatum:..... **Verzekering:**.....
Adres:..... **Verzekeringsnummer:**.....
Postcode:..... **Werkt u momenteel? Ja/Nee**
Woonplaats:..... **Beroep:**.....
Telefoon Privé:..... **Bent u gehuwd/ongehuwd:**.....
Telefoon werk:..... **Aantal kinderen:**.....
Emailadres:..... **Hobby's/sport:**.....

Wat is de belangrijkste klacht:.....
.....

Wanneer is de klacht begonnen:
.....

Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht:.....
.....

Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
 - Wisselend aanwezig
 - Constant aanwezig
- Plotseling
 - Wisselend aanwezig
 - Constant aanwezig

Is er sprake van uistraling naar:

- Arm L/R
- Been L/R

Wordt erger met:

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Beweging
- Het hoofd draaien
- Hoesten/niezen/persen
- Andere activiteiten/houdingen:
.....

Neemt af met:

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Beweging
- Andere activiteiten/houdingen:
.....

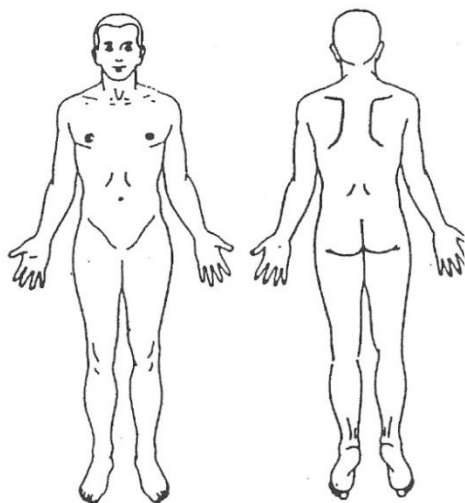
Deskundigen:

Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor
- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Cesar/mensendieck
- Manueel therapeut
- Podotherapeut
- Neuroloog
- Revalidatie-arts
- Reumatoloog
- Accupuncturist
- Chirurg
- Pijnpoli
- Homeopatische arts
- Orthopeed
- Psycholoog
- Alternatief genezer
- Osteopaat
- Andere:.....
.....

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

Geef op de tekening aan waar u de klacht voelt:



Spier – en gewrichtsklact

- Nek
- Tussen Schouders
- Lage rug
- Staartbeen/Heiligbeen
- Lies L/R
- Heup L/R
- Been L/R
- Knie L/R
- Voet L/R
- Kaakpijn
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand/Pols L/R
- Ribben L/R
- Tinteling
- Gevoelstoornissen
- Arthritis
- Gezwollen Gewrichten
- Kramp

Algemene Klachten

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
 - O Hoofd draaien
 - O De omgeving draait
- Flauwvallen
- Woede-aanvallen
- Slaapstoornissen
- Concentratieproblemen
- Geheugenproblemen
- Angsten
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Depressies
- Slechte eetlust
- Allergieën
- Holteontsteking
- Aangezichtspijn L/R
- Beven(rust of beweging)

Datum van uw laatste testen	<6 mnd	6-18 mnd	>18 mnd	nog nooit
Urinetest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's/CT/MRI	<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"/>
Chiropract. Onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartonderzoek	<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"/>

- Ongevallen:.....
- Botbreuken:.....
- Operaties:.....
- Ziekenhuisopnamen:.....
- Mentale ziekten:.....
- Medicijnen die u neemt, en waarvoor:.....
- Voedingssupplementen:.....

Bent u in de afgelopen 10 dagen gevaccineerd ? JA/NEE

Mogen wij uw huisarts informeren? **Ja/Nee***

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Handtekening:
Datum:.....

Indien u een kopie van dit rapport wenst, kunt u dit kenbaar maken bij de secretaresse.