

Dhr.  Mevr.  Non-binair  Anders: .....  
 Achternaam: .....  
 Geboortenaam: .....  
 Voorletters: .....  
 Geboortedatum: .....  
 Adres: .....  
 Postcode: .....  
 Woonplaats: .....  
 Telefoon privé: .....  
 Mobiel nummer: .....  
 E-mailadres: .....

Hoe heeft u van ons gehoord:  
 huisarts  kennis  internet  anders .....  
 Gehuwd/ongetrouwd    Aantal kinderen: .....  
 Huisarts: .....  
 Huisarts gevestigd in: .....  
 Beroep: .....  
 Werkt u momenteel: ja/nee  
 Hobby's/sport: .....  
 BSN: .....

**De belangrijkste klacht is:**

.....  
 .....  
 .....

**Wanneer is de klacht begonnen:**

.....

**Hoe is de klacht ontstaan:**

- Geleidelijk
  - wisselend aanwezig
  - constant aanwezig
- Plotseling
  - wisselend aanwezig
  - constant aanwezig

**Is er sprake van uitstraling naar:**

- Arm links/rechts
- Been links/rechts

**Wordt erger met:**

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

**Neemt af met:**

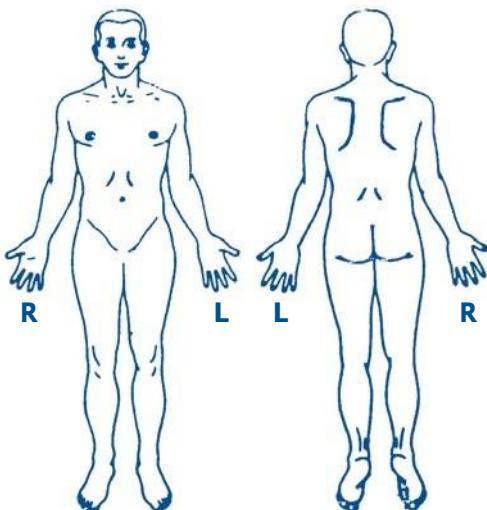
- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Beweging
- Andere activiteiten/houdingen: .....

**Deskundigen:**

**U bent voor deze klachten onder behandeling geweest bij:**

- Chiropractor: .....
- Huisarts: .....
- Fysiotherapeut: .....
- Cesar/mensendieck: .....
- Manueel therapeut: .....
- Podotherapeut:.....
- Neuroloog: .....
- Revalidatie-arts: .....
- Reumatoloog: .....
- Acupuncturist: .....
- Chirurg: .....
- Pijnteam:.....
- Homeopathisch arts: .....
- Orthopeed: .....
- Psycholoog: .....
- Alternatief genezer: .....
- Andere nl.: .....

**Geef aan waar de klacht zit**



↙ vroegere problemen  
 ↓ huidige problemen  
 ↓ **Algemeen**

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Oorsuizingen links/rechts
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Aangezichtspijn links/rechts
- Slechte eetlust
- Oor-, neus-, oog- en/of keelklacht
- Voorhoofdsholteontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking links/rechts
- Doofheid links/rechts

**Andere dingen die wij van u moeten weten:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Condities**

- Angina pectoris
  - Alcoholisme
  - Epilepsie
  - Kanker
  - Multiple sclerose
  - Polio
  - Hersenvliesontsteking
  - Reuma
  - Tuberculose
  - Suikerziekte
  - Ziekte van Pfeiffer
  - Schildklierafwijking
  - Andere nl.:
- .....

**Gebruikt u:**

- Steunzolen
- Hakverhogingen links/rechts
- Andere

**Hoe slaapt u:**

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

**Hoe oud is uw matras**

.....

**Is uw matras comfortabel:**

- Ja
- Nee

<b>Datum van uw laatste testen</b>	korter dan 6 mnd	tussen 6-18 mnd	langer dan 18 mnd	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"/>
Chiropractisch 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"/>

Ik geef toestemming om behandeld te worden en ben ervan op de hoogte dat afspraken tenminste 24 uur van tevoren geannuleerd dienen te worden.

Handtekening:

.....

**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"/>

Mogen wij uw huisarts informeren?

ja  nee

Handtekening:

.....

Datum:.....

**Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en zullen niet worden verstrekt aan derden zonder uw toestemming.**

Voor meer informatie: [www.chiropractievught.nl](http://www.chiropractievught.nl)