Health *4* Life Chiropractie Vragenlijst

Voornaam:		Aantal kinderen:	
Achternaam:		Verzekering:	
Geboortedatum:		BSN nummer:	
Burgelijke staat:		Huisarts:	
Adres:		Sport:	
Postcode:		Werkt u op dit moment?	
Woonplaats:		Zo ja, wat voor werk doet u?	
Telefoonnummer:		U komt via ◻ Internet	
E-mail:		◻ Verwezen door:	

Wat is uw voornaamste klacht:

_____

Pijnniveau tussen 1 en 5:

1 2 3 4 5

Sinds wanneer hebt u pijn?

_____

Hoe is de klacht ontstaan?

- ◻ Geleidelijk
- ◻ Plotseling

Is de klacht constant aanwezig? **Ja** **Nee**

Is er sprake van uitstraling naar:

- ◻ Arm: links / rechts
- ◻ Been: links / rechts

Uw klacht wordt erger/beter met:

Erger	Beter	
◻	◻	lopen
◻	◻	staan
◻	◻	zitten
◻	◻	liggen
◻	◻	bukken
◻	◻	bewegen
◻	◻	hoesten / niezen
◻	◻	het hooft draaien
◻	◻	andere activiteiten:

_____

Medisch Onderzoek

Welke onderzoeken hebt u ooit gedaan:

- ◻ Rontgenfoto
- ◻ MRI scan
- ◻ Echoscopie
- ◻ Hart onderzoek

Deskundigen:

- ◻ Chiropractor
- ◻ Huisarts
- ◻ Fysiotherapeut
- ◻ Manueel therapeut
- ◻ Podotherapeut
- ◻ Neuroloog
- ◻ Ravalidatie - arts
- ◻ Acupuncturist
- ◻ Chirurg
- ◻ Orthopeed
- ◻ Psycholoog
- ◻ Andere specialist:

_____

Gebruikt u:

- ◻ Steunzolen
- ◻ Hakverhogingen L / R
- ◻ Orthopedische kussen
- ◻ Rugsteun tijdens zitten
- ◻ Steunriem
- ◻ Andere:

Slaaphouding:

- ◻ Rug
- ◻ Zij
- ◻ Buik
- ◻ Wisselend

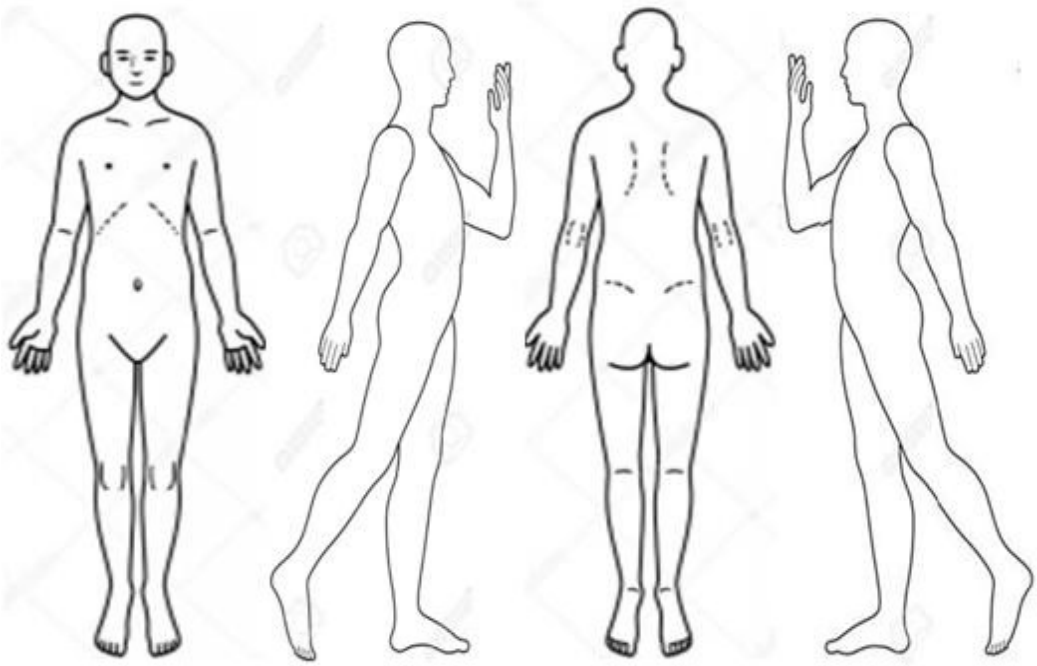
Is uw matras confortabel?

Ja / Nee

Hoe lang hebt u uw matras:

_____

Geef aan waar de klacht precies zit:



Health *4* Life Chiropractie Vragenlijst

Aanvinken wat van toepassing is aub.

Hoofd
- ☐ Hoofdpijn
- ☐ Migraine
- ☐ Duizeligheid
- ☐ Oorsuizen L / R
- ☐ Slapenloosheid
- ☐ Vermoeidheid
- ☐ Zenuachtigheid
- ☐ Allergieën
- ☐ Andere: _____

Hooikorts / ontstekingen
- ☐ Oorklachten L / R
- ☐ Neusklachen
- ☐ Oogklachten L / R
- ☐ Keelklachten
- ☐ Voorhoofdholte ontsteking

Ademhaling
- ☐ Ademhalings moeilijkheden
- ☐ Astma
- ☐ Bronchitis
- ☐ Longontsteking
- ☐ Chronische hoest
- ☐ Ophoesten van bloed
- ☐ Andere: _____

Maag en Ingewanden
- ☐ Maagpijn
- ☐ Maagzweer
- ☐ Galproblemen
- ☐ Constipatie
- ☐ Diaree
- ☐ Overgeven
- ☐ Blaasproblemen
- ☐ Nierontsteking
- ☐ Prostaatproblemen
- ☐ Blindedarm ontsteking
- ☐ Andere: _____

Condities
- ☐ Alcoholisme
- ☐ Kanker
- ☐ Multiplae Sclerosis
- ☐ Reuma
- ☐ Ziekte van Pfeiffer
- ☐ Schildklierafwijking
- ☐ Eczeem
- ☐ Andere: _____

Psychische aandoeningen
- ☐ Depressie
- ☐ Mentale stoornis
- ☐ Flauwfallen
- ☐ Epilepsie

Hart en Bloedvatten
- ☐ Hartproblemen
- ☐ Beroerte
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Lage bloeddruk
- ☐ Angina Pectoris
- ☐ Blauwe plekken
- ☐ Zwelling in de oksels L / R
- ☐ Bloedarmoede
- ☐ Leverproblemen
- ☐ Andere: _____

Tandheelkundig / TMJ
- ☐ Tandklem: overdag / in de nacht
- ☐ Beugel
- ☐ Knappend kaakgewricht

Hebt u ooit te maken gehad met volgende gelegenheden:
Zo ja, hoe lang geleden en waarvoor?
- ☐ Ongevallen _____
- ☐ Botbreuken _____
- ☐ Operaties _____
- ☐ Ziekenhuisopnames _____

Gewoontes	veel	normaal	weining	geen
Eetlust	☐	☐	☐	☐
Beweging	☐	☐	☐	☐
Slaap	☐	☐	☐	☐
Koffie	☐	☐	☐	☐
Alcohol	☐	☐	☐	☐
Roken	☐	☐	☐	☐

Welke medicijnen neemt u momenteel in en waarvoor?

_____

Welke vitamines en voedigssuplementen gebruikt u?

_____

Voor vrouwen alleen:

Zwangerschap
- ☐ Bent u zwanger?
  Zo ja, hoe lang:
- ☐ Heeft u ooit een miskram gehad?

Menstruatieklachten
- ☐ Menstruele rugpijn / hoofdpijn
- ☐ Overmatige bloedverlies
- ☐ Laatste menstruatie was op:

_____

Mogen wij uw huisarts informeren?
Ja / Nee
Mogen we in de toekomst met u contact opnemen voor een controlle afspraak?
Ja / Nee

Datum:

Handtekening: