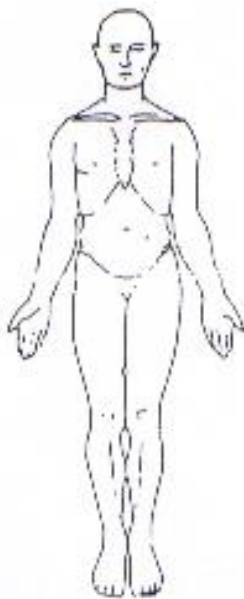


Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden? Deze informatie is nodig om de behandeling zo effectief mogelijk te maken. Uiteraard vallen deze gegevens binnen het beroepsgeheim.

Naam	_____	Voornaam	_____
Adres	_____	Postcode	_____
Woonplaats	_____	Telefoon	_____
Geboortedatum	_____	B.g.g./mobiel	_____
Gezinssamenstelling	_____	Email adres	_____
Beroep	_____	Zorgverzekeraar	_____
Vorige beroepen	_____		
Sport/hobby/vrije tijd	_____		
Medicijngebruik	_____		

Huisarts	_____	Telefoon	_____
Specialist	_____	Telefoon	_____

Wat is uw voornaamste klacht? (aangeven op plaatjes) _____



Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven? (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend, etc.)

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?

Welke omstandigheden geven verbetering? (koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging, etc.)

En welke omstandigheden geven verergering?

Hoe voelt u zich in het algemeen?

Zijn er momenten op een dag van inzinking?

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat?

Hoe is de stoelgang?

x per dag/ x per week Regelmatig/onregelmatig

Consistentie: vast/breïig/zacht/waterig

Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart

Heeft u voorkeur of afkeur voor zoet/zuur/zout/bitter/etc.?

Welke spijsen en/of dranken liggen u niet goed?

Bent u vegetariër?

Hebt u grote behoefte aan zoetheid?

Rookt u? Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel?

Drinkt u koffie? Zo ja, hoeveel?

Welke zijn de bijkomende klachten op dit moment?

Familiaire ziekten (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.), erfelijke aandoeningen en niet erfelijke aandoeningen

Moeder:

Vader:

Overige familieleden

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor de oude klachten, de rechter voor de recente klachten. Als u de huidige klachten vroeger ook al had, kruist u dan beide kolommen aan. Bij keuzemogelijkheden met een * graag doorhalen wat niet van toepassing is.

Oud Recent

Algemeen

- Hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks*
 Waar in het hoofd?
- Slapeloosheid
- Slecht slapen
- Gewichtsverandering: toename/afname*
- Duizelig
- Vermoeidheid:
- Dubbel / vaag zien
- Allergie:

Luchtwegen / K.N.O.

- Ademnood
- Chronisch hoesten
- Chronisch verkouden
- Astma
- Keelpijn / -ontsteking
- Voorhoofds- / bijholteontsteking
- Oorsuizen

Hart en bloedvaten

- Aderverkalking
- Bloeddruk: hoog / laag*
- Opgezette klieren
- Onregelmatige hartslag
- Pijn / beklemming borst*
- Hartkloppingen
- Koude handen / voeten*
- Spataders
- Vocht vasthouden

Oud Recent

Maag/darmen

- Darmontsteking
- Verstopping
- Diarree
- Droge mond
- Opgezette buik
- Misselijkheid
- Winderigheid
- Buikpijn / krampen*
- Borrelende buik
- Maagzuur
- Bloedverlies

Spieren/gewrichten

- Reuma
- Gespannen / slappe spieren*
- Lage rugpijn
- Nekpijn
- Tintelingen / uitstraling*
- Gewrichtspijnen
- Spierpijnen / krampen*
- Bewegingsbeperking

Huid

- Haaruitval / brekend haar*
- Eczeem / uitslag*
- Snel blauwe plekken
- Droge huid / transpiratie
- Jeuk
- Snel brekende nagels

Toelichting:

(vervolg)

Oud Recent

Urinewegen

- Nierinfectie
 Pijn bij plassen
 Prostaatklasten
 Blaasontsteking
 Geslachtsziekte
 Verandering urine (kleur/geur/troebel)
 Verandering libido

Vrouw

Zwanger JA / NEE

Aantal zwangerschappen

Leeftijd eerste menstruatie

- Pijnlijke menstruatie
 Onregelmatige menstruatie
 Langdurige menstruatie
 Pijnlijke borsten
 Premenstrueel syndroom
 Witte vloed

Toelichting:

Oud Recent

Gesteldheid

- Angst
 Zenuwachtigheid
 Depressies
 Overbezorgdheid
 Concentratiezwakte
 Geheugenvermindering
 Veel piekeren
 Lusteloosheid
 Opkroppen
 Weinig zelfvertrouwen
 Verdriet / droefheid
 Besluiteloosheid
 Geïrriteerdheid
 Opvliegers

Ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

- 1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in u leven heeft doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
- 2. De kinderziekten die u hebt gehad.
- 3. Eventuele zwangerschappen en het verloop ervan.
- 4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (chtscheiding, overspannen, depressies, etc.).
- 5. Bezoek aan het buitenland (buiten Europa).

Leeftijd	Bijzonderheid/klacht/swangerschap/etc.

Bent u onder behandeling (geweest) van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer?

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?

Welke ziekte, ongeval, operatie, etc. was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?
