

Vragenlijst

Naam:
 Voorletters:
 Meisjesnaam:
 Geboortedatum:
 Adres:
 Postcode:..... Woonplaats:.....
 Telefoon privé:..... Mobiel:
 Telefoon werk:.....
 Komt u via: huisarts/specialist/anders:.....

BSN nummer:.....
 Bent u: Alleenstaand/Samenwonend/Gehuwd
 Aantal kinderen:
 Verzekering:
 Verzekeringsnummer:.....
 Huisarts:
 Woonplaats huisarts:
 Beroep:.....
 Werkt u momenteel: ja/nee
 Hobby's/Sport:.....

Wat is de belangrijkste klacht:

.....

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen.....

Heeft u nog andere klachten?

.....

Hoe is/zijn de klacht(en) ontstaan:

Geleidelijk

wisselend aanwezig

constant aanwezig

Plotseling

wisselend aanwezig

constant aanwezig

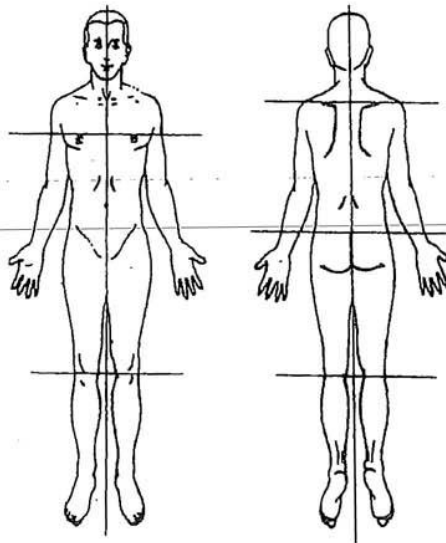
* naar aanleiding van een ongeval: Ja/Nee

Is er sprake van uitstraling naar:

arm L/R

been L/R

Wilt u hier aantekenen waar uw klachten zich bevinden a.u.b



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

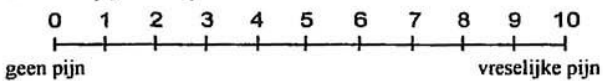
liggen

beweging

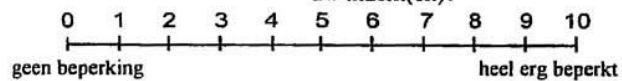
andere activiteiten/houdingen

.....

Geef uw pijn aan op deze schaal



In welke mate wordt u beperkt door uw klacht(en)?



Vroegere problemen

↓ Huidige Problemen

↓ Spieren en Gewrichten

Nek
 Tussen de schouders
 Lage rug
 Staartbeen
 Lies L/R
 Heup L/R
 Been L/R
 Knie L/R
 Voet of Hiel L/R
 Schouder L/R
 Arm L/R
 Elleboog L/R
 Hand L/R
 Pols L/R
 Vingers L/R
 Rib L/R
 Gewrichtsontsteking
 Gezwollen gewrichten
 Artritis/artrose

Vroegere problemen

↓ Huidige Problemen

↓ Algemeen

Hoofdpijn
 Migraine
 Duizeligheid
 Flauwvallen
 Oorsuizingen L/R
 Slapeloosheid
 Vermoeidheid
 Zenuwachtigheid
 Allergieën
 Depressie
 Aangezichtspijn L/R
 Slechte eetlust
 Oor, neus, oog en/of keelklacht
 Voorhoofdsholte-ontsteking
 Bijholteontsteking
 Oorontsteking L/R
 Doofheid L/R
 Jicht

Deskundigen:

Bent u 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:.....

Vroegere problemen

↓ Huidige problemen

↓ **Hart of Bloedvaten:**

Hartproblemen

Beroerte

Hoge bloeddruk

Lage bloeddruk

Spataderen L/R

Slechte circulatie

Zwelling in de enkels L/R

Bloedarmoede

Ademhaling

Ademhalingsmoeilijkheden

Astma

Bronchitis

Longontsteking

Emfyseem

Hooikoorts

Pijn in de borst

Chronische hoest

Ophoesten van bloed

Ophoesten van slijm

Vroegere problemen

↓ Huidige problemen

↓ **Maag en ingewanden:**

Maagpijn

Maagzweer

Maagbreuk

Galproblemen

Leverproblemen

Constipatie/moeilijke stoelgang

Diarree

Overgeven

Aambeien

Winderigheid

Blaas, waterwegen problemen

Nierontsteking

Prostaatproblemen

Ongecontroleerd urineverlies

Blindedarmontsteking

Huid

Jeuk

Eczeem

Blauwe plekken

Droge huid

Conditie's

Angina pectoris

Alcoholisme

Epilepsie

Kanker

Multiple sclerose

Polio

Hersenvliesontsteking

Reuma

Tuberculose

Suikerziekte

Ziekte van Pfeiffer

Schildklierafwijking

Mentale ziekten

Andere:.....

Gebruikt u:

Steunzolen

Hakverhogingen L/R

Hoe slaapt u:

Rug

Zij

Buik

Wisselend

Datum van uw laatste testen	Korter dan 6 mnd	Tussen 6-18 mnd	Langer dan 18 mnd	Nog nooit
Urine test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's	<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"/>
Hart onderzoek	<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:.....

Medicijnen die u neemt, en waarvoor:.....

Voedingssupplementen:.....

Mogen we uw huisarts informeren? Ja / Nee

Handtekening voor akkoord:

Datum: